UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1934

PAR

Roger-Camille-Jean-Pierre CARDINAUD

Ancien externe des Hôpitaux

Né à La Roche-sur-Yon (Vendée), le 18 mai 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur..... *Président.*

GUYOT, professeur..... } *Juges*

JEANNENEY, professeur..... } *Juges*

CHARRIER, agrégé..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0069

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1934

PAR

Roger-Camille-Jean-Pierre CARDINAUD

Ancien externe des Hôpitaux

Né à La Roche-sur-Yon (Vendée), le 18 mai 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur..... *Président.*

GUYOT, professeur..... *Juges*

JEANNENEY, professeur..... *Juges*

CHARRIER, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Doyen Honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale.	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)

	MM.
Puériculture	FAUGERE.
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle . . . . . GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire . . . . . DELGUEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FIANCEE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur F. PAPIN

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a constamment guidé et conseillé, d'abord pour nos études, puis dans la rédaction de cette thèse; avec l'expression de nos sentiments de respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses questions de pathologie chirurgicale qui prêtent à discussion, celle de l'ulcère gastro-duodénal est une des plus controversées. En ce qui concerne, en particulier, la pathogénie, les indications respectives du traitement chirurgical et du traitement médical, les différentes techniques à employer pour l'intervention, les résultats immédiats et les résultats éloignés, il suffit de jeter un coup d'œil sur les très nombreuses publications des auteurs français et étrangers pour se rendre compte que la question est très loin d'être au point et fera encore couler beaucoup d'encre.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître notre ignorance à peu près complète des causes de l'ulcère ; on a émis, depuis Cruveilhier, de très nombreuses théories ; aucune d'elles n'est restée sans critiques qui en détruisent en grande partie la valeur. Comme il est bien difficile d'instituer un traitement physiologique contre une maladie dont on ne connaît pas la cause exacte, les variantes des divers auteurs sur le traitement sont très importantes. Evidemment, si l'on prend un précis de pathologie chirurgicale, on trouve d'abord indiqué, pour l'ulcère simple non compliqué, le traitement médical classique, dont l'échec doit entraîner le traitement chirurgical. Le pourcentage de guérisons varie suivant les lésions, mais dans des proportions relativement minimes, et l'impression que garde l'étudiant, c'est que l'ulcère gastro-duodénal est une maladie relativement facile à traiter et à guérir définitivement. Mais lorsqu'on étudie la question plus à fond, lorsqu'en particulier

on lit des observations de malades portant sur de nombreuses années, condition indispensable pour se faire une idée nette de ce qu'est l'évolution d'un ulcère, les belles certitudes s'envolent et l'on ne sait plus que penser. C'est ce qui est arrivé et nous a donné l'idée d'entreprendre ce travail. Nous avons d'abord compulsé les travaux parus surtout depuis une dizaine d'années, sous la plume d'environ quatre-vingts auteurs français et étrangers, en particulier les communications faites au Congrès de chirurgie de Varsovie, en 1929, en nous attachant particulièrement à la question des résultats éloignés du traitement chirurgical. Nous exposerons dans une première partie leurs conclusions, qui sont loin d'être unanimes. En 1932, la société de gastro-entérologie de Paris a repris la question tant au point de vue médical que chirurgical. Nous verrons quels éléments nouveaux cette discussion nous apporte, puis nous étudierons rapidement les résultats chimiques et radiographiques de la résection. Enfin, dans une partie personnelle, nous étudierons les observations des malades que nous avons pu suivre dans le service de M. le Pr F. Papin, en nous attachant à montrer quels résultats, tant immédiats que lointains, cette étude nous a donnés.

C'est pour nous un devoir agréable que de rendre hommage à la bonté que M. le Pr Papin nous a témoignée en nous confiant ses observations personnelles, aussi bien celles de l'hôpital que celles de la maison de santé, sans lesquelles cette étude nous eût été impossible, et en nous assistant constamment de ses conseils éclairés. Nous l'en remercions très vivement.

MORTALITE OPERATOIRE DES DIVERSES OPERATIONS

Les méthodes d'interventions chirurgicales proposées contre les ulcères gastriques et duodénaux sont assez nombreuses : énervation gastrique, excision de l'ulcère, thermocautérisation à la Balfour, gastro-entérostomie, gastrectomies plus ou moins étendues... Nous passerons rapidement sur les premières méthodes, moins importantes, pour nous attacher spécialement à l'étude des résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie.

Avant d'aborder l'étude des résultats éloignés, nous étudierons rapidement la mortalité opératoire. Nous attacher aux causes elles-mêmes de cette mortalité nous entraînerait trop loin et sortirait du cadre de ce travail ; nous nous contenterons de donner quelques statistiques publiées par différents auteurs, de manière à fixer suffisamment les idées pour qu'on puisse se rendre compte aux dépens de quels résultats immédiats sont obtenus les résultats éloignés que nous étudierons plus loin.

En général, on estime plus importante la mortalité après gastrectomie.

G. Lardennois [48], au Congrès de Varsovie de 1929, dit : « Nous serons unanimes à admettre, devant l'évidence indéniable des faits, la relative bénignité actuelle de la gastrectomie. » Il cite plusieurs statistiques qui « imposent la conviction que la résection pratiquée systématiquement contre l'ulcère gastrique, ne peut donner qu'une mortalité égale ou même nettement inférieure à 5 %. Pour la gastro-entérostomie, le taux de mortalité peut être estimé à 2 %. »

Schoemaker [77], au même Congrès, donne, lui aussi, une mortalité de 5 % pour la gastrectomie partielle dans les ulcères gastriques et duodénaux.

Podlaha [66], à 4,6 % de mortalité après gastrectomie.

V. Pauchet [64] : « La mortalité globale des résections pour ulcus est de 8 % : 2 % pour ulcus simples ou non compliqués, de 15 à 25 % pour les compliqués. La mortalité globale de la gastro-entérostomie pour ulcères duodénaux et ulcères gastriques a été de 6 %, ce qui est très élevé, mais ce qui tient à ce qu'elle est toujours faite dans de mauvais cas, chez des sujets obèses ou azotémiques. »

Rossi et Scalone [74] donnent les chiffres suivants après résection : 7,5 % pour ulcères aigus, 3,8 % pour ulcères chroniques ; après gastro-entérostomie : 5,6 % pour ulcères aigus, et 5 % pour ulcères chroniques.

Delagenière [21] :mortalité globale, 8,2 % ; dans les ulcérocancers, 12,5 % ; dans les ulcères calleux, 14,6 % ; dans les gastrites ulcéreuses, 2,7 %. Abadie [2] : 5,6 % pour les gastro-entérostomies ; 5,9 % pour les gastrectomies. Hartmann [40] : 7 % après gastro-entérostomie ; Hortolomei [42] : 4 % de mortalité immédiate, la mortalité totale en rapport direct avec l'affection, étudiée six ans après l'opération, atteignant 13,7 %, le double de la mortalité après résection. Bergeret et Caroli [10] : 37 gastrectomies avec 1 mort, 46 gastro-entérostomies avec 1 mort. Jacobovici [43] : mortalité globale de 12 % (7,4 % pour la résection gastrique, 16 % pour la résection duodénale).

Ces quelques chiffres nous semblent réfléter l'opinion générale. S'ils ne sont pas les mêmes suivant les différents auteurs, à peu près tous admettent que la gastrectomie donne une mortalité immédiate plus importante que celle de la gastro-entérostomie.

Nous allons voir maintenant ce que deviennent les malades opérés et particulièrement ceux qui ont subi l'ablation de l'ulcère, la gastro-entérostomie, et la gastrectomie.

RESULTATS DE L'ABLATION DE L'ULCERE SES INCONVENIENTS.

L'ablation de l'ulcère, moins couramment employée que la gastrectomie et que la gastro-entérostomie, conserve cependant ses partisans qui, presque toujours d'ailleurs, la complètent par une gastro-entérostomie ; ils la font soit par thermocautérisation suivie d'enfouissement, soit par excision au bistouri suivie de suture.

Elle ne convient qu'à de petits ulcères, de la petite courbure en particulier. On est souvent entraîné à faire des excisions relativement larges pour suturer en tissu sain, et on peut être même conduit à pratiquer soit une excision en selle, soit même une gastrectomie annulaire suivie de suture bout à bout des tranches gastriques. La simple excision par incision circonférentielle ou la thermocautérisation, présentent l'avantage, théorique au moins, de supprimer le foyer ulcéreux toujours plus ou moins infecté et susceptible de dégénérescence tardive : supériorité importante sur la simple gastro-entérostomie qui le laisse en place, tout en offrant de moins grandes difficultés techniques que la gastrectomie, et surtout en donnant une mortalité moins importante. En réalité, ces avantages semblent beaucoup plus théoriques que pratiques, et on a élevé contre cette méthode des critiques nombreuses et graves.

« Même complétée par la gastro-entérostomie, l'excision de l'ulcère de la petite courbure ne donne guère, semble-t-il, que 50 % de résultats éloignés pleinement satisfaisants », dit Lardennois [1]. Cette opinion nous paraît tout de même un peu pessimiste ; il ne semble pas que l'excision.

ajoutée à la gastro-entérostomie, puisse diminuer son action favorable, et nous verrons plus loin que beaucoup de chirurgiens accordent à celle-ci un pourcentage de guérisons nettement supérieur à 50 %.

Les ulcères multiples. — Autre critique qui nous paraît beaucoup plus importante : la possibilité d'ulcères multiples, qui expose l'excision à n'être qu'illusoire et dangereuse ; on trouve beaucoup plus de cas d'ulcères multiples sur les pièces de larges résections de l'estomac qu'on n'en découvre à la simple inspection de l'organe au cours d'une intervention. Mais si tout le monde est d'accord pour admettre cette coexistence fréquente d'ulcères, les chiffres sont loin d'être équivalents suivant les auteurs.

Baumgartner (*in* thèse de Lardennois [49]), sur 33 gastrectomies, a constaté deux fois sur la pièce un second ulcère.

Pour Gosset [34] : « l'ulcère est unique 4 fois sur .5 » Pour Judel et Proctor [44] (de la clinique Mayo), il y a 6 fois sur 100 coexistence d'ulcères. Pour Kocher [45] : 8 %; pour de Quervain [70], 9 % ; pour Redwitz, 20 %; pour Novak, 36 %; pour Friedmann [29], 48 %; pour Riedel [73], plus de 50 %. Il est difficile avec tant de chiffres différents de se faire une idée exacte de la fréquence véritable des ulcères multiples. Mais même en prenant le chiffre moyen de 20 % qu'indique Gosset, on est obligé d'en admettre la réalité, et c'est un fait qui réduit beaucoup la valeur théorique et pratique de l'excision d'un ulcère.

L'excision risque donc de laisser en place un autre ulcère qui continuera à évoluer, mais risque aussi de se transformer en cancer. Ceci nous amène à la grave question de la dégénérescence de l'ulcère, mais nous l'étudierons plus loin avec les critiques faites à la gastro-entérostomie.

RESULTATS DE LA GASTRO-ENTEROSTOMIE

Un mot de technique : la grande majorité des auteurs, pour ne pas dire tous, sont d'accord pour reconnaître la supériorité et employer uniquement la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à anse courte. C'est d'elle qu'il sera question dans les pages qui vont suivre.

La gastro-entérostomie a été la première intervention pratiquée dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. Cependant, depuis qu'on l'a employée pour la première fois, son champ d'application a été étendu : réservée par les premiers qui l'ont pratiquée aux ulcères sténosants du pylore, dans lesquels elle avait pour but de rétablir le transit digestif interrompu ou gêné, on la fait actuellement pour à peu près tous les ulcères, de la petite courbure, du pylore ou du duodénum. Cependant, il est indéniable qu'on l'emploie encore avec prédilection dans les ulcères pyloriques, juxta-pyloriques et surtout duodénaux. A une certaine époque, on a cru qu'elle allait guérir, et guérir définitivement, tous les ulcéreux. Mais lorsqu'on a étudié ses résultats éloignés, il a fallu déchanter ; on l'a employée alors de façon plus éclectique. Elle est encore préconisée par de nombreux chirurgiens ; mais elle a subi de la part des partisans de la gastrectomie de violentes critiques. Avant de les passer en revue, voyons sur quels arguments se basent ses partisans, et quels reproches ils font à leur tour à la gastrectomie.

Nous ne citerons que quelques auteurs, mais qui nous semblent refléter l'opinion générale. En lisant, en particulier, les comptes rendus du Congrès de la Société Inter-

nationale de Chirurgie, à Varsovie, en 1929, nous verrons que tous n'ont pas été emportés par le courant vers la gastrectomie qui, cependant, donnait la note dominante du Congrès.

A. Young [83], prend immédiatement parti; nous respectons, sans le traduire, son texte pour lui garder toute sa vigueur : « I appear here to-day not as the advocate but rather as the resolute opponent of gastrectomy in the routine treatment of gastric and duodénal ulcere ». Pour lui, on ne peut que rarement employer la gastrectomie comme traitement habituel de l'ulcère, exception faite pour certains ulcères de la petite courbure, certains ulcères cratériformes du cardia, et les quelques rares cas où tout le segment pylorique de l'estomac est attaqué par le processus ulcéreux, dans lesquels sa valeur fonctionnelle est profondément atteinte. Quant aux ulcères duodénaux, et particulièrement les ulcères chroniques, il se déclare tout à fait opposé à leur traitement par la gastrectomie. Il conseille fortement la gastro-jéjunostomie dans le traitement de la plupart des ulcères gastriques et de tous les ulcères duodénaux. Le premier argument qu'il donne en faveur de la gastro-jéjunostomie, est son efficacité véritable. Pour lui, la gastro-jéjunostomie est une excellente méthode de traitement pour l'ulcère duodénal, l'ulcère pyloro-duodénal ou l'ulcère pylorique, et pour beaucoup d'ulcères du segment pylorique de l'estomac, et même de la petite courbure ; « si les statistiques peuvent prouver quelque chose, il me semble que c'est le cas pour la valeur de la gastro-jéjunostomie, et je ne suis pas convaincu que le pourcentage de guérison après gastrectomie est plus élevé, si même il est aussi élevé. » Il cite, en particulier, la statistique de Balfour, de la clinique Mayo, en 1925, basée sur 1.000 cas d'ulcères chroniques du duodénum, traités par la simple gastro-entérostomie plus de dix ans avant, avec 88 % de résultats satisfaisants. Il cite encore Zaorski, qui a 92,4 % de résultat satisfaisant après gastrectomie. Il ne

cache guère son étonnement devant un tel résultat, mais en conclut que, de de toutes façons, cela ne fait que 6 % au-dessus des résultats de Balfour, après gastrectomie et ajoute : « La gastrectomie, qu'elle soit partielle ou étendue, est sans doute une expérience physiologique et chirurgicale intéressante ; mais nous devons nous souvenir que c'est une expérience que nous faisons non sur nous-mêmes ni même sur le chien, mais sur nos malades, et ils ne doivent pas avoir à en supporter les conséquences. Je ne crois pas que, dans le traitement d'une maladie que l'expérience a montré curable, ou au moins très sérieusement améliorée, dans 80 à 90 % des cas par une intervention (la gastro-jéjunostomie) relativement sans risque, nous ayons le droit d'employer un autre procédé (la gastrectomie), qui est infiniment plus dangereuse, et qui peut procurer un résultat fonctionnel un peu meilleur — s'il est vraiment meilleur. Il est bon de se souvenir que l'estomac est un organe nécessaire, et que l'ablation d'une partie considérable d'un tel organe est appelée à troubler plus ou moins l'économie tout entière et les fonctions du corps. »

Szper, au Congrès de Varsovie, dit : « La récidive de l'ulcère arrive aussi bien après la résection qu'après la gastro-entérostomie... L'épreuve du temps est en faveur de la gastro-entérostomie ; j'ai vu des malades qui, au bout de 35 ans, se portaient à merveille. »

Lardennois [48], quoique résolument partisan de la gastrectomie, dit : « On a signalé quelques récidives d'ulcères après Péan, Billroth I, et même Billroth II, quand l'évacuation gastrique se faisait mal. Il existe aussi une douzaine d'observations d'ulcus peptique jéjunal après gastrectomie. »

C'est aussi l'avis de Gosset et Petit-Dutaillis [34] : « Les gastro-pylorectomies semblent donner, dans l'ensemble, des résultats un peu meilleurs que la gastro-entérostomie simple, mais contrairement à ce qu'on avait cru, ces opérations ne sont pas plus curatrices que les autres. Elles ne

mettent pas le malade à l'abri de la récidive de l'ulcus sur la cicatrice de gastrectomie, et des faits récents prouvent que l'ulcus peptique du jéjunum peut se développer après la gastrectomie comme après la gastro-entérostomie, bien que plus rarement. Il en est de même du cancer. C'est ainsi que WANKE, en 1925, sur 5 morts tardives par cancer, en trouve 2 après résection large du pylore. La proportion des cas de cancer apparus dans les suites de la gastro-entérostomie simple est relativement minime (3 à 6 %, d'après Hartmann). »

Pour HARTMANN [40], l'ablation de l'ulcère n'est, en réalité, pas radicale. Un certain nombre d'opérés sont repris, après un temps plus ou moins long, de troubles gastriques, certes moins sérieux que ceux qu'ils éprouvaient auparavant, mais néanmoins suffisants pour nécessiter des reprises, au moins temporaires, du régime. Les récidives après l'ablation de l'ulcère peuvent même revêtir un caractère sérieux et nécessiter une nouvelle intervention. La résection de l'ulcère ne met pas à l'abri du développement secondaire d'un ulcère peptique. »

GIORDANO [33], de Venise, dit : « Et pourtant, malgré le Congrès, j'ai bien l'intention de continuer à faire la gastro-entérostomie, parce que moins grave, et généralement efficace dans les ulcères duodéno-pyloraux. Naturellement, puisque, comme l'a dit aussi M. LARDENNOIS, l'hyperchlorhydrie est maintenue par des lésions à distance, ce n'est pas la résection qui les supprime, mais l'inspection de la vésicule biliaire, que l'on enlèvera si calculeuse, et surtout du colon ascendant, que l'on délivrera des adhérences péricoliques, et de l'appendice, que l'on enlèvera s'il paraît malade. Seulement, après ces interventions causalement complètes, il peut y avoir, rarement, l'indication d'une résection secondaire, si l'ulcère continue à faire souffrir. »

EDWIN G. RAMSWELL [7] dit : « Nous nous rendons compte de plus en plus que la gastrectomie subtotale ne protège pas

toujours contre une récidive de l'ulcère » ; un de ses malades a fait une perforation d'un ulcère du jéjunum quatre ans après une gastrectomie subtotale. Il cite un travail de Balfour qui rapporte 28 cas d'ulcères récidivants, demandant une réintervention, après gastrectomie, sans qu'on puisse attribuer la récidive à un type spécial d'anastomose ou de technique.

Abadie [2], quoique partisan de la gastrectomie donne, en ce qui concerne les résultats éloignés de la duodéno-pylorectomie, les chiffres suivants : 94 % de bons résultats, dont 80 % de guérisons complètes, mais 4 ulcères peptiques, 4 cancers ultérieurs, 2 résultats nuls. — Puig y Sureda [69] a étudié les résultats éloignés de 105 résections étendues ; il a eu 92.7 % de bons résultats tardifs, 7,3 % de mauvais résultats; 6 ulcères post-opératoires, une perforation aiguë, donc 5,2 % d'ulcères jéjunaux consécutifs à de grandes résections ! Pour lui « l'ulcère gastro-jéjunal consécutif à de grandes résections non seulement n'est pas un fait nouveau, mais malheureusement il est de moins en moins rare », et il cite d'autres statistiques d'ulcères peptiques après grande résection : Galpern [31] réunit 44 cas ; Birgfeld [11] 55 cas; Urrutia [82], 5 cas sur 300 résections.

Si la gastro-entérostomie présente des avantages, en particulier sa mortalité moins élevée et ses bons résultats éloignés dans certaines variétés d'ulcères, elle n'a pas été exemple de critiques ; nous allons maintenant étudier ses inconvénients.

Les objections faites a la gastro-enterostomie.

Premier reproche, et non des moindres : elle laisse en place l'ulcère, qui, avant sa cicatrisation complète, peut donner lieu à de très graves complications : hémorragies, perforations, dégénérescence maligne. D'ailleurs pour certains auteurs, en particulier pour Delore et Monnier [17] : « l'ulcère guérit par la gastro-entérostomie », cependant « l'un de nous a vu presque tous ses opérés revenir quelques

mois plus tard avec les mêmes douleurs qu'avant la gastro-entérostomie, si bien qu'il fut contraint d'adopter la pratique de la gastrectomie en deux temps... L'inefficacité de la gastro-entérostomie dans l'ulcère de la petite courbure est si fréquente, que nous la considérons comme la règle ».

Pour Zaorski [84], elle ne guérit pas l'ulcération dans 60 % des cas.

Pour Delagenière [21] : « la gastro-entérostomie ne suffit pas toujours à assurer la guérison de l'ulcère : sur 146 cas de résections pour ulcères mon père et moi avons réopéré 17 malades qui avaient subi antérieurement une gastro-entérostomie ; dans 11 cas on a fait la résection et dans tous on a trouvé macroscopiquement ou microscopiquement des lésions ulcéreuses. »

Perforation de l'ulcère après gastro-entérostomie. — Même traité par la gastro-entérostomie, l'ulcère peut se perforer : Larrieu [50] trouve 81 perforations bien démontrées sur 10.500 opérés, soit que l'ulcère lui-même ait continué à évoluer, soit qu'il se soit développé un ulcère peptique.

C'est tout de même là une éventualité rare.

Hémorragies après gastro-entérostomie. — Plus fréquentes sont les hémorragies après gastro-entérostomie. Baffour [6], sur des malades de la clinique Mayo ayant présenté des hémorragies avant l'intervention, en trouve 8 % qui continuent à saigner après. Moynihan [57] indique des chiffres comparables. Pour Pauchet [64] 10 % des malades opérés de gastro-entérostomie feraient des hémorragies.

Ces hémorragies sont plus fréquentes chez les malades qui ont déjà saigné avant l'intervention; en particulier, les ulcères duodénaux qui ont déjà provoqué des hémorragies risquent fort d'en provoquer de nouvelles après la gastro-entérostomie ; dans ces cas-là, la probabilité de la récidive hémorragique n'est point négligeable.

Dégénérescence maligne. — Sur cette question tout le

monde n'est pas d'accord. Smith (*in* Lardennois [38]), écrit que celui qui est atteint d'un ulcus gastrique ou duodénal n'a pas à craindre de cancer gastrique ou duodénal. Il est d'ailleurs seul de son avis. A l'autre bout de l'échelle Wilson et Mac-Carty (*in* Gosset et Petit-Dutaillis [34]) ont été jusqu'à prétendre que 71 % des ulcères dégénéraient en cancer. Entre ces deux extrêmes on trouve tous les chiffres intermédiaires. Abadie a eu après gastro-entérostomie 3 cancers sur 100 opérés. Hartmann [40] accuse 2 à 4 %. Cunéo et Duval donnent des chiffres analogues. Hortoloméi [42] a pu suivre pendant quelques années 127 malades ayant subi des gastro-entérostomies pour ulcère ; il en vit revenir 9 avec des cancers inopérables, tous développés sur des ulcères de la petite courbure ou du pylore. Mickulicz croit que cette fréquence ne dépasse pas 6 % des cas. Duval et Mouthier [25] indiquent une proportion de 14 %. Milianitch [54] relève 10 % de cancers après gastro-entérostomie. Moynihan [57] considère qu'après gastro-entérostomie la mortalité possible par développement ultérieur d'un cancer est aussi grande que celle d'une gastrectomie définitivement curative (7 morts tardives par cancer sur 205 ulcères traités par gastro-entérostomie). Roux [75] n'a eu que 2 % de morts par cancer.

« Il paraît donc difficile d'apporter les précisions irréfutables sur les probalités de dégénérescence maligne d'un ulcère mais il est important de se souvenir de la fréquence du cancer sur des ulcères ayant l'aspect habituel de l'ulcère calleux » (Lardennois [48]).

Cette question d'importance fondamentale, puisque c'est d'elle en grande partie que dépend la conduite chirurgicale à tenir devant un ulcère est donc encore très controversée. Ceci pour des raisons multiples ; il est bien difficile de pouvoir suivre, après une intervention les malades d'assez près pour pouvoir affirmer qu'ils meurent de cancer ou d'autre chose ; et cette proportion sera variable suivant le laps de temps écoulé entre l'intervention et la révision

du malade. D'autre part, les statistiques portent sur des cas dissemblables qui sont difficilement comparables : quel rapport y a-t-il entre les probabilités de dégénérescence secondaire d'un ulcère calleux perforé bouché par le pancréas et un ulcère simple du duodénum ?

L'interprétation histologique elle-même est difficile, les lésions microscopiques ne sont pas toujours les mêmes, depuis la « métaplasie intestinale » qu'on considère comme un stade de début de cancer, jusqu'à l'épithélioma caractérisé.

La dégénérescence semble beaucoup plus à craindre pour les ulcères calleux de l'antre pylorique ; elle est beaucoup plus rare pour les autres localisations, en particulier dans les ulcères de la petite courbure avec biloculation gastrique.

Et non seulement l'ulcère qu'on laisse en place au moment de l'opération peut devenir plus tard un cancer, mais encore, à ce moment il peut déjà être dégénéré.

L'ulcéro-cancer. — Si les chiffres que nous allons donner sont variables suivant les auteurs, c'est qu'il est très facile à la laparotomie de confondre un ulcère calleux avec un cancer ; et c'est cette difficulté de différenciation, avec tous les risques que laissent courir aux malades la présence du cancer possible, qui incite de nombreux chirurgiens à pratiquer la gastrectomie.

Pauchet et Hirschberg [65] notent 9 cancers ulcérés sur 80 pièces de résection pour ulcère. Delagènière [21] parle de : « La fréquence des lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses confirmées que décèle l'examen histologique sur des pièces considérées comme des ulcères au moment de l'intervention. Sur 146 cas, 32 fois les lésions enlevées comme ulcère ont été trouvées cancéreuses. 11 fois l'examen histologique a mis en évidence des îlots de métaplasie intestinale, lésions actuellement considérées comme faisant le lit du cancer. C'est donc un total de 43 cas (29,4 %) ; où la résection se

trouvait formellement indiquée, et où la gastro-entérostomie eût été une véritable condamnation à mort pour le malade ; et ceci non seulement pour les ulcères calleux, mais aussi pour des ulcères du pylore, des gastrites ulcéreuses et même des ulcères du duodénum (2 cas) » — et il conclut : « le chirurgien qui se trouve en présence d'une lésion ulcéreuse certaine... a presque 30 % de chances que cette lésion subisse inévitablement la dégénérescence néoplasique si elle n'est pas largement réséquée ».

Pour Delore et Monnier [17] : « l'impossibilité de distinguer à l'intervention un petit néoplasme ulcéré d'un ulcus banal doit faire considérer la gastro-entérostomie comme une intervention insuffisante ; l'examen histologique répond souvent qu'il s'agit d'une tumeur maligne que rien ne faisait soupçonner ».

Finsterer (*in* Delore et Monnier [37]) est encore plus pessimiste et déclare que 26 % des ulcères réséqués présentent microscopiquement une transformation néoplasique. Hortoloméï [42] rencontre cette complication 13 fois sur 90. Pour Gosset et Petit-Dutaillis [34] : « en face d'un ulcère calleux de la petite courbure diagnostiqué tel à l'opération il y a 55 chances pour cent pour que ce soit en réalité un cancer ».

Moyihan [77] indique18,5 %. Deiver et Heimann [20], 38 %.

D'après Lecène [51] la fréquence de l'existence d'un cancer histologiquement certain au niveau des lésions pariétales indurées et calleuses de l'estomac qui donnent à l'œil nu l'aspect de l'ulcère chronique est la suivante : sur 37 ulcérations calleuses non pénétrantes : 10 cancers ; sur 26 ulcérations cancéreuses pénétrantes : 5 cancers, soit 15 sur 63. » C'est là un argument des plus impressionnants en faveur de la résection de l'estomac et contre la gastro-entérostomie, même complétée par une cautérisation, un enfouissement ou même une excision limitée. Dans tous les cas où l'ulcère est calleux, le danger de cancer latent, sans parler d'une cancérisation ultérieure aléatoire, doit commander la gastrectomie. Il est de 25 % donc bien supérieur au taux de mortalité de la résection de l'estomac.

Le Circulus vicious a été beaucoup plus fréquent autrefois qu'il ne l'est aujourd'hui : on ne l'observe guère qu'après les gastro-entérostomies antérieures, que l'on pratique rarement ; dans la gastro-entérostomie postérieure il est très rare ; bien peu d'auteurs dans les communications de ces dernières années le signalent. Il est d'ailleurs facile d'éliminer sa possibilité par la jéjuno-jéjunostomie complémentaire établie préventivement.

L'Ulcère peptique. Il n'en est pas de même de l'ulcère peptique du jéjunum qui a été signalé beaucoup plus fréquemment. A quoi bon disent les adversaires de la gastro-entérostomie, essayer de faire cicatriser un ulcère gastrique ou duodénal, si l'intervention en provoque un autre sur le jéjunum, qui sera encore plus difficile à guérir que le premier ?

Quelle est la fréquence de cet ulcère peptique ? Là encore les chiffres sont variables suivant les chirurgiens, et surtout suivant la localisation de l'ulcère opéré ; il serait plus fréquent après les gastro-entérostomies pour ulcère du duodénum surtout et du pylore qu'après les gastro-entérostomies pour ulcère de la petite courbure. Gosset et Petit-Dutaillis [34] donnent un pourcentage de 3 % après les gastro-entérostomies antérieures, de un pour cent après les gastro-entérostomies postérieures. Il serait particulièrement fréquent après les gastro-entérostomies en Y (4 à 5 %) et surtout après exclusion du pylore : Von Haberer cite dans ce cas une proportion de 17 % ; Schwartz [18] de 7 %. Par contre Lardennois (de Reims) n'en a observé qu'un après plusieurs centaines de gastro-entérostomies. Pauchet [64] donne un pourcentage de 2 %. A. Young [83] dit au sujet de l'ulcère peptique jéjunal et gastro-jéjunal : « en de bien nombreuses années d'expérience chirurgicale j'ai vu seulement quatre cas qui puissent entrer dans cette catégorie », sur lesquelles trois n'avaient pas été opérés par lui et l'avaient été dans de mauvaises conditions ; sur ses malades

personnels il a eu moins de 1/2 pour cent d'ulcères peptiques. Antipas [4] donne un pourcentage de 1,5 %.

Quant à la date d'apparition de cette complication, elle est variable ; si elle peut apparaître deux à trois semaines après l'intervention, on ne la voit guère habituellement avant plusieurs mois, un an, et même beaucoup plus tard (ce qui rend bien difficile l'appréciation de la guérison définitive). Urrutia [82], commentant cette apparition tardive, cite un cas apparu après 16 ans, et Szenzoe en a opéré un après 23 ans après la première intervention.

En conclusion si les chiffres ne sont pas les mêmes suivant qu'on s'adresse aux partisans de la gastrectomie ou à ceux de la gastro-entérostomie, il est indéniable qu'il faut admettre l'existence de l'ulcère peptique, et il semble qu'on puisse craindre son apparition dans 2 à 3 % des cas chez les malades gastro-entérostomisés.

Mauvaise qualité de la guérison après gastro-entérostomie. — Voilà quels sont les méfaits les plus graves qu'on a reprochés à la gastro-entérostomie ; mais ils ne sont pas les seuls. Si encore, disent ses adversaires, les rares malades qui échappent à tous ces risques étaient parfaitement guéris ! mais ce n'est pas le cas. Beaucoup de malades, sans présenter ces complications graves, continuent à souffrir de l'estomac, restent encore des « gastriques », obligés de s'astreindre à un régime et à un traitement médical, dont la gastro-entérostomie ne semblerait avoir été qu'un adjuvant plus ou moins efficace.

Pour Pauchet [64] : « ...les ulcères gastriques présentent quand même des troubles et sont seulement soulagés par la gastro-entérostomie. Même quand ils déclarent « aller bien » ils ont encore des troubles dyspeptiques auxquels ils s'habituent avec des poudres et des moyens médicaux. Les chirurgiens qui ont fait la gastro-entérostomie et soulagent leurs clients par de bonnes paroles ne les revoient plus, car ceux-

ci vont se faire opérer par un autre, qui leur enlève l'estomac et les guérit dans la grande majorité des cas ».

Suivant Lardennois [48] : « les partisans de la gastrectomie accusent la gastro-entérostomie de résultats beaucoup moins satisfaisants : longtemps après la gastro-entérostomie, parfois après des années ils ont eu l'ennui de revoir leurs opérés accusant de nouveau des troubles dyspeptiques, des douleurs, de l'hyperacidité, des spasmes de l'aérophagie pénible, des vomissements, des hémorragies, des spasmes, de l'amaigrissement ».

Hartmann [40] lui-même, pourtant favorable à la gastro-entérostomie sur 50 ulcères de la petite courbure traités par elle a 6 malades qui présentent certains malaises ; 8 qui présentent des troubles plus caractérisés ; 2 chez lesquels il a fallu réintervenir (plus deux chez lesquels s'est développé un cancer secondaire).

Cette opinion est d'ailleurs celle de la majorité des auteurs. Presque tous admettent que la gastro-entérostomie soulage les malades mais ne les guérit pas complètement ; ils sont obligés de s'astreindre après elle à un traitement médical, dans un grand nombre de cas au moins. Pour beaucoup la gastro-entérostomie ne serait qu'une étape, un élément du traitement médical, contribuant plus rapidement et plus sûrement que ce traitement lui-même, à la cicatrisation de l'ulcère.

Mauvais fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie. — Dans certains cas, même lorsqu'il n'y a pas récidive de l'ulcère, on peut expliquer ce fait que les malades restent des gastriques par un mauvais fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie : c'est ainsi que Delore [15] rapporte 16 cas sur 725 gastro-entérostomies ayant nécessité une réintervention pour rétrécissement. Celui-ci peut être provoqué par des adhérences post-opératoires : « des vomissements à la fois alimentaires et bilieux peuvent encore se voir après ces interventions. Accompagnés d'un

peu de température, ils traduisent la formation d'adhérences au voisinage de la bouche, qui en gênent plus ou moins précocement le fonctionnement, tantôt dès le premier jour, parfois seulement plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'opération (Duval, Roux, Gatellier et Moutier, in Gosset et Petit-Dutaillis [34]).

Succès de la gastrectomie après échec de la gastro-entérostomie. — Dernier argument contre la gastro-entérostomie et en faveur de la gastrectomie : celle-ci réussit à guérir le malade dans le cas où la première opération a échoué. De très nombreux chirurgiens ont publié des observations de malades gastro-entérostomisés, et continuant à souffrir, chez lesquels une gastrectomie a amené une guérison complète. Quelques exemples entre mille : Delagénière [21] cite 17 malades qui ont dû subir une résection, chez lesquels on avait fait antérieurement une anastomose et qui ont été guéris à la suite de la deuxième opération. Baumgartner (*in* thèse de Lardennois [49]) a fait une gastrectomie, avec d'excellents résultats chez deux malades ayant déjà subi une gastro-entérostomie, puis une nouvelle intervention « pour libération d'adhérences » sans aucun résultat. Hartmann [37] lui-même cite un cas d'ulcère non amélioré par l'anastomose et guéri par une gastro-pylorectomie.

Certains même, non seulement considèrent la gastrectomie comme inefficace mais encore comme quelquefois dangereuse : c'est ainsi que Schoemaker [77], sur 7 malades gastro-entérostomisés qu'il a réopérés, a trouvé : « ce que Pribrain a nommé la gastro-entérostomie comme maladie » et chez eux, dit-il, « j'ai simplement supprimé la gastro-entérostomie » — il n'explique d'ailleurs pas ce qu'il entend par « la gastro-entérostomie comme maladie ».

RESULTATS DE LA GASTRECTOMIE COMPARES A CEUX DE LA GASTRO-ENTEROSTOMIE.

Nous voyons donc que la liste des arguments qu'on oppose à la gastro-entérostomie est longue, et que ces arguments sont sérieux; les partisans de la gastrectomie les estiment suffisants pour condamner cette méthode, la considérant comme inefficace et parfois dangereuse, et pour préconiser la gastrectomie plus rationnelle et plus efficace. « Notre gastrectomie, qui enlève pylore, antre et petite courbure, soit environ les deux tiers de l'estomac, est radicale car elle enlève la seule zone susceptible de faire des ulcères.... Tout cela est suffisant pour permettre d'affirmer que la gastrectomie est une opération physiologique ; Finsterer l'affirme catégoriquement : il n'y a plus d'ulcère possible, quand l'estomac est devenu anachlorhydrique » (Lardennois [49]). Cette phrase reflète exactement l'opinion des partisans de la résection ; mais nous verrons plus loin qu'elle n'est pas admise par tous les auteurs. D'ailleurs, presque tous les avantages qu'on reconnaît à la gastrectomie sont surtout tirés des inconvénients de la gastro-entérostomie : celle-ci laisse en place l'ulcère qui peut continuer à évoluer, récidiver, se perforer ou causer des hémorragies graves, se cancériser... Puisque la gastrectomie supprime l'ulcère lui-même et toute la zone dans laquelle il est susceptible de se développer, elle élimine tous ces dangers et est vraiment une opération radicale, suivant les principes de la thérapeuthique chirurgicale générale. Elle présente encore un autre avantage : la qualité de la guérison obtenue est de loin supérieure à celle de la gastro-entérostomie. Pour Aubert, de Marseille on

n'insiste pas assez sur l'excellence incontestable de la guérison : un gastro-entérostomisé reste un gastrique, sans préjuger des complications qui le guettent ; un réséqué est devenu un homme normal.

S'appuyant sur ces arguments la liste de chirurgiens qui ont abandonné la gastro-entérostomie pour la gastrectomie est très importante ; citons-en quelques-uns.

« Le traitement par gastro-entérostomie suit la voie indiquée par la médecine, son action est seulement indirecte. La résection du pylore et de l'antre pylorique est la méthode qui écarte radicalement non seulement l'ulcération mais les facteurs qui la provoquent... Rien d'extraordinaire donc que les résultats finaux soient les meilleurs (92,4 % de guérisons définitives) (Zaorski [84]).

Bergeret et Caroli [10] disent : « nous nous laissons de plus en plus entraîner à faire la gastrectomie qui nous paraît une opération meilleure parce qu'elle entraîne l'ulcère et la zone où se développent les ulcères ».

Pour Podlaha [66] « les ulcères de la petite courbure traités par la gastrectomie se sont guéris dans une proportion de 98 % ; les ulcères du pylore : 82 % ; du duodénum, 76 % ; 85 % en moyenne... les résultats éloignés de la gastro-duodéno-pylorectomie sont, d'après nos expériences, incomparablement meilleurs que ceux d'autres méthodes chirurgicales plus conservatrices ».

Okinczyc [60] : « Les gastro-jéjunostomies simples et les gastro-jéjunostomies avec exclusion donnent ensemble, d'après les chiffres que j'ai pu recueillir dans le service de mon maître Hartmann 63% de guérisons à longue échéance et 35 % d'échecs dans les mêmes délais ; les résections ont donné tout près de 80 % de guérisons et 21 % d'échecs (pour les ulcères du duodénum seulement)... il ne semble pas y avoir de doute sur la qualité des résultats éloignés des résections ».

Pauchet [64] : « J'ai la certitude que tous les chirurgiens, quels qu'ils soient, reconnaissent la supériorité de la gas-

trectomie sur la gastro-entérostomie, car des suites éloignées de la résection sont nettement supérieures... Les gastro-entérostomies laissent, pour l'ulcéré du duodénum, 1/3 de cas non guéris dont un certain nombre susceptibles de complications graves. Dans les formes bénignes de l'ulcère duodénal et de l'ulcère gastrique, la résection est bénigne. Dans les formes graves la gastro-entérostomie ne donne aucun résultat thérapeutique, dans ces cas la gastrectomie est sérieuse mais guérit les opérés 95 fois sur 100, définitivement » ; la supériorité de la gastrectomie est pour lui tellement évidente que sur 915 opérés il a fait en tout 3 gastro-entérostomies pour ulcère gastrique ; en cas d'ulcère duodénal : 8 résections pour une gastro-entérostomie.

Abadie [2], avec la duodéno-pylorectomie, a 94 % de bons résultats ; par contre, la gastro-entérostomie ne lui donne que 71 % de bons résultats dont 60,5 % de guérisons complètes ; pour lui, dans les cas simples, la gastrectomie n'est pas plus grave que la gastro-entérostomie, et meilleure dans ses résultats ; dans les cas difficiles, elle est nécessaire.

Lardennois [49] a pu, sur 32 opérés du service de Baumgartner, retrouver 26 malades : un seul accuse des troubles ; opéré depuis deux ans, resté en bon état depuis, mais qui a présenté récemment des accidents d'intolérance gastrique, qui sont dus, semble-t-il, à une pleurésie de la base gauche. Les 25 autres ont été revus en excellent état ; un seul suit un régime, d'ailleurs large ; 3 écartent de leur alimentation certains aliments qui leur causent de la diarrhée : œufs, lait, aliments gras. Un seul est obligé de s'astreindre aux petits repas fréquents. Tous, sauf un ont retrouvé leur poids antérieur et une activité normale ; tous les hommes ont repris leur métier antérieur. Et il conclut : « C'est à juste titre que la gastrectomie tend à être préférée par la majorité des auteurs dans tous les ulcères calleux ou extensifs... Elle donne en fait des résultats remarquables... Elle est plus radicale que la gastro-entérostomie, surtout

dans l'ulcère de la petite courbure, si tenace. Elle pare au risque de complications ultérieures de l'ulcère, en particulier de dégénérescence. Elle a donné à M. Baumgartner une constance de guérison étonnante et pourtant vérifiée à longue échéance. Elle nous paraît l'intervention de choix dans tout ulcère gastrique évolutif. Au total : suppression de la lésion, risque opératoire réduit au minimum, sécurité dans les suites opératoires, qualité de la guérison qui est le plus souvent complète et définitive, voilà pour nous les avantages incontestables qui doivent faire étendre les indications de la résection. » Georges Lardennois [48], qui a fait une étude générale de la question, dit : « Les publications les plus importantes de ces dix dernières années sur le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique sont presque toutes des plaidoyers chaleureux et persuasifs en faveur de la résection large de l'estomac. La gastro-entérostomie n'a souvent d'action que si elle est complétée par un long stade de régime et de soins particuliers, tandis que la guérison obtenue par la gastrectomie est définitive. Les taux de guérisons durables s'élèvent d'après les auteurs de 90 à à 98 % », et il oppose à ces chiffres ceux donnés par la gastro-entérostomie. Il est d'ailleurs curieux de constater l'écart très important qui existe entre les chiffres des différents auteurs. Métraux [53] donne les chiffres les plus favorables : il publie une statistique de Roux et donne sur 210 cas de gastro-entérostomies revus de 8 mois à 21 ans après l'intervention : guérisons, 90 % ; résultats médiocres, 6,6 % ; morts tardives causées par la même affection, 3,3 %.

A. Kocher [45], après 144 gastro-entérostomies, a 111 guérisons complètes, 14 incomplètes, 15 mauvais résultats et 13 morts de cause inconnue. Larget indique 81,2 % de résultats favorables. Hartmann [39] a 76 % de bonnes guérisons. Le même auteur, dans un autre travail [37], donne une autre statistique : sur 50 gastro-entérostomies suivies pendant un temps qui a varié de 1 à 22 ans, 27 sont cliniquement guéris, ne suivant aucun régime, 5 sont bien, mais

suivent un régime, 8 autres ont présenté secondairement des troubles qui quatre fois ont disparu à la suite de quelques semaines de régime ; deux fois il a fallu intervenir de nouveau : la section d'une bride épiploïque comprimant le jéjunum dans un cas, une gastro-pylorectomie dans l'autre amenèrent la guérison. Deux fois enfin les malades ont présenté secondairement des signes de cancer.

Par contre, de nombreux auteurs donnent des résultats beaucoup moins favorables pour la gastro-entérostomie.

Pampel et Swartz [61] n'ont avec elle que 46 % de guérisons. Lewisohn [52], 47 % ; Ohly [58], 38 % ; Borger [13], 41,5 % ; de Verebely [85] a trouvé une persistance de troubles gastriques chez 50 % de ces opérés. Moynihan, Finsterer indiquent des chiffres comparables.

L'accord est donc loin d'être fait ; cependant, il ressort de cette énumération peut-être un peu sèche, et forcément incomplète, qu'en général les résultats éloignés obtenus par la gastrectomie sont supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie. Mais les partisans de celle-ci ne se tiennent cependant pas pour battus. Ils n'acceptent pas la gastrectomie comme une opération physiologique ; il faut d'ailleurs avouer qu'il semble difficile de considérer comme « opération physiologique » la gastrectomie qui supprime purement et simplement l'estomac malade. Mieux vaut dire comme Puig y Sureda [69] : « La situation est dominée par l'empirisme le plus absolu. Pourquoi réséquons-nous un estomac ulcéré ? Parce que nous ne connaissons rien de mieux. » La gastro-entérostomie nous semble plus « physiologique » au sens habituel de ce mot, lorsqu'en particulier dans le cas d'ulcère sténosant du pylore, elle rétablit la perméabilité gastro-jéjunale et met l'estomac au repos.

Et il est indéniable que la gastrectomie, si elle donne en général, d'après la majorité des auteurs, des résultats satisfaisants, n'est pas elle non plus une opération radicale, puisque après elle peuvent se développer des ulcères peptiques, des cancers... De plus, elle peut être suivie — rare-

ment il est vrai — de phénomènes particuliers dus soit à l'ana ou à l'hypo-chlohydrie, soit à la diminution importante de volume qu'elle fait subir à l'estomac. Ce sont les phénomènes de « petit estomac », caractérisés par une sensation de plénitude gastrique rapide, avec obligation de petits repas fréquents. On peut observer aussi de la polyphagie, même une faim insatiable, phénomènes probablement dus à une évacuation rapide, mais qui disparaissent en général rapidement (Puig y Sureda) [68]. Lardennois [49], dans sa thèse, cite lui aussi un malade sur les 35 gastrectomisés dont il parle, qui est obligé de s'astreindre aux petits repas fréquents.

On a enfin signalé, chez les gastrectomisés, de la faiblesse générale et même une anémie particulière qui semble due à la suppression de l'estomac et des hormones qu'il sécrète (Young) [87].

ETUDE DES RESULTATS APPORTES A L'ENQUETE DE LA SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE PARIS EN 1932

Peut-être parce qu'elle a été traitée par la Société de Gastro-entérologie au point de vue médico-chirurgical, et non pas — comme à Varsovie par exemple — au point de vue chirurgical pur, on n'a pas l'impression en lisant les comptes rendus que la question ait fait beaucoup de progrès. Les divergences d'idées, non seulement entre médecins et chirurgiens, mais encore entre chirurgiens eux-mêmes, sont toujours très importantes. Il semble même que l'on soit moins optimiste au point de vue des résultats éloignés du traitement chirurgical qu'on ne l'était à Varsovie. D'autre part, la gastrectomie paraît moins prisée par rapport à la gastro-entérostomie. Il est aussi remarquable de constater qu'on est plus difficile sur la qualité de la guérison, surtout sur le laps de temps qui doit séparer la révision du malade de l'intervention ; on insiste sur la relativité de cette guérison : « Aucun jugement, ni clinique, ni radiologique, ni endoscopique ne permettant d'affirmer la guérison définitive », dit Gallard-Mones [30], qui ajoute que la cicatrisation de l'ulcère peut n'être pas égale à la guérison, qu'il ne faut pas oublier que les périodes de bien-être peuvent se prolonger des années : il cite une hématémèse grave neuf ans après une gastrectomie. C'est aussi l'avis de Moutier [56] : « La statistique de guérison représente un moment évolutif et non un état définitif ; nous croyons donc que, dans l'avenir, les indications chirurgi-

cales de l'ulcère ne s'étendront pas autant que l'on a semblé le croire dans ces dernières années. »

Pour G. Durand [24], amélioration totale signifie : « l'état du malade qui ne présente plus de troubles dyspeptiques, qui ne souffre plus, dont l'activité est normale, et ceci pendant un laps de temps largement supérieur à la période la plus longue d'accalmie complète que le malade a pu connaître auparavant. »

On insiste encore sur la différenciation à faire entre le traitement de l'ulcère gastrique et celui de l'ulcère duodénal ; « l'ulcère gastrique est une manifestation de la maladie ulcéreuse, l'ulcère du duodénum en est déjà une complication ; le même traitement ne peut prétendre guérir le symptôme et les complications » , dit Okinczyc [60], qui s'attache à démontrer l'importance de bien préciser les indications du traitement chirurgical ; souvent on opère lorsque « le malade n'a pas accompli tout le cycle de la maladie ulcéreuse » qui continue à évoluer après l'intervention et peut donner par exemple un ulcère jéjunal. « Aujourd'hui, on opère les ulcères trop tôt, et trop souvent (Duhart, de Dijon) ; il faut traiter la maladie au déclin de son évolution... ». Il est vain d'opposer la mortalité de la gastrectomie à celle de la gastro-entérostomie ; il n'y a pas de formule mathématique, il faut choisir l'opération qui guérit ; on ne peut opposer les deux opérations ; il faut grouper les observations cliniques : ulcères gastriques, ulcères de stase, ulcères du duodénum, etc., alors le traitement chirurgical correspondant à une indication précise donnera plus régulièrement des résultats parfaits. »

En effet, on tend à ne plus opposer gastrectomie et gastro-entérostomie et à ne pas les employer aussi systématiquement ; on essaie de faire l'une ou l'autre à bon escient, en cherchant laquelle des deux a le plus de chance de guérir tel ou tel malade avec le moins de risques possibles, sans vouloir faire par principe — comme le préconisaient à Varsovie d'assez nombreux auteurs — la gastrectomie ou la

gastro-entérostomie dans tous les cas d'ulcères gastro-duodénaux.

Pour fixer les idées, citons quelques-unes des statistiques publiées. Desplas [23], sur 110 gastro-entérostomies, a trois décès ; trois sur 21 gastrectomies, 5 pour 16 résections avec gastro-entérostomie. Sur 90 malades revus (dont 73 gastro-entérostomies) : 81 guérisons complètes, 6 résultats insuffisants, 3 médiocres. Il conclut en faveur de la gastro-entérostomie. Savignac [76] a, par le traitement médical pur, 2,3 % seulement de guérisons, 5,8 % de transformations néoplasiques et 14 % de morts. Par la gastro-entérostomie, 16,6 % de guérisons, 19,4 % de morts. Par la gastrectomie, 50 % de guérisons, 16,6 % de morts. Il considère la gastro-entérostomie comme un pis-aller qui soulage, mais ne guérit pas ; pour lui, le meilleur traitement serait la pylorectomie, employée à bon escient, mais il trouve sa mortalité opératoire bien élevée.

Puig y Sureda [68], de même qu'à Varsovie, fait remarquer la possibilité de l'apparition de l'ulcère jéjunal après résection étendue, dans une proportion croissante à mesure que s'écoule le temps ; son apparition ne semble pas dépendre de la proportion d'acide chlorhydrique : « tous les degrés différents d'acidité observés ont été incompatibles avec les résultats cliniques les plus parfaits ».

F. Moutier [56] a sur 133 anastomoses (129 gastro-entérostomies, 4 gastro-gastrostomies) 68 guérisons, 8 décès, 57 échecs. Sur 25 résections (résections en selle, Finney (avec résection), pylorectomies, gastrectomies) : 9 guérisons, 7 décès, 9 échecs. Sur tous ses malades opérés (gastro-entérostomies, sutures, Balfour, résections de formes diverses, etc.), il a : 44,5 % de guérisons, 8,24 % de décès, 47,25 % d'échecs.

G. Durand [24], sur ses cas chirurgicaux, a 70 % de résultats satisfaisants, 30 % d'échecs complets ou partiels.

Baumgartner [8] fait des résections très larges (1re portion du duodénum, 2/3 de l'estomac au moins) avec 3 % de

mortalité opératoire et 25 excellents résultats sur 26 opérés revus ; il se montre fortement partisan de la gastrectomie.

Gatellier [32], après une étude complète des différents modes d'intervention pour chaque localisation de l'ulcère, donne les chiffres suivants. Sur 118 gastro-entérostomies revues : 81 très bien, 15 bons, 11 moyens, 10 médiocres, 11 échecs. Sur 14 résections revues : 6 parfaites, 5 assez bonnes, 2 médiocres et nécessitant une réintervention ; aucune cancérisation, aucun ulcère peptique, mais une mortalité de 4 % pour la gastro-entérostomie, de 17 % pour la gastrectomie. Pour lui, « la gastro-entérostomie est une excellente opération, opération de choix pour le duodénum, souvent parfaitement efficace pour le pylore, plus discutable peut-être pour la petite courbure ; pour l'ulcère du duodénum, elle semble le traitement de choix indiscutable ; pour l'ulcère de la petite courbure et de l'estomac proprement dit, c'est au contraire une question d'opportunité », variant avec l'état du malade.

Lambret et Razemon [47], sur 537 cas opérés, n'ont pu retrouver que 274 malades, opérés au moins trois ans auparavant : ils ont 89 % de guérisons (75 % d'excellents résultats, 10 % suivant un régime peu sévère, 4 % suivant un régime strict) et 11 % d'échecs. Dans la majorité des cas, ils ont fait l'excision de l'ulcère, soit seule, soit associée à la gastro-entérostomie, et ils « n'en pensent que du bien », sauf pour les ulcères géants ou placés trop haut pour lesquels ils préfèrent faire d'emblée la gastrectomie qu'ils n'emploient pas dans les cas ordinaires à cause de sa gravité opératoire, de la possibilité d'ulcères jéjunaux après elle, des récidives possibles. Ils attirent l'attention sur l'anémie particulière qui peut la suivre, « cette anémie tardive qui cède à l'ingestion d'estomac de porc frais attire notre attention sur les hormones sécrétées par l'antre pylorique, hormones dont nous commençons à soupçonner l'existence. Elles nous montrent surtout le danger de leur suppression ». Ils estiment qu' « il ne faut pas transformer la gas-

trectomie en opération courante... Pratiquer une intervention plus grave dans ses suites rapprochées sans bénéfice certain pour l'avenir ne présente aucun avantage ».

Et voilà quelle est la conclusion générale des diverses communications donnée par J.-C. Roux [75] : « L'ulcus est une maladie grave ; le traitement médical donne rarement une guérison complète ; le traitement chirurgical a plus de succès, mais au prix d'une mortalité immédiate assez élevée (quand on ne se borne pas à consulter les statistiques des virtuoses de la chirurgie), et avec des récidives assez fréquentes. »

L'ESTOMAC APRES RESECTION

1° Etude chimique du suc gastrique après résection.

Au sujet de la sécrétion après gastrectomie, les conclusions de la plupart des auteurs sont concordantes. Presque tous admettent que la suppression de l'antre pylorique réduit considérablement ou annihile la sécrétion chlorhydrique. Voici quelle est l'explication de cette hypo ou de cette anachlorhydrie, donnée par Bérard et Bouttier [9] ; elle est basée sur les données de repas d'épreuves administrés à des malades gastrectomisés par la méthode de Polya-Finsterer. La sécrétion chlorhydrique est l'apanage des cellules bordantes, c'est-à-dire des glandes fundiques respectées par l'opération, glandes qui sont encore capables de sécréter abondamment si on utilise comme excitant gastrique l'injection sous-cutanée d'histamine. Dans deux cas, les auteurs, soumettant leurs opérés à l'action de l'histamine, ont obtenu une importante sécrétion fortement chlorhydrique et peptique ; « dans ces deux cas, non seulement la concentration en HCl libre n'est pas diminuée après l'opération, mais on note plutôt une augmentation ». Les auteurs attribuent cette différence de l'acidité après repas d'épreuve et de l'acidité après injection d'histamine à la suppression par l'opération des glandes de la muqueuse antro-pylorique qui élaboreraient une hormone dont l'intervention secondaire commande la sécrétion des autres glandes gastriques, hormone susceptible d'être remplacée par l'injection d'histamine. D'ailleurs, la suppression de ces glandes n'agirait pas immédiatement après l'intervention, car la sécrétion diminue progressivement : HCl dispa-

raît complètement deux mois après l'intervention, la sécrétion des ferments n'est abolie qu'au bout d'un an. Ils disent encore : « ... Le temps gastrique de la digestion se réduit chez ces opérés à bien peu de chose ; mais l'absence à peu près constante des troubles digestifs ne saurait nous surprendre ; elle confirme cette notion bien connue que le rôle de l'estomac dans la digestion n'a rien d'absolument indispensable ; la suppléance des autres glandes digestives est suffisamment efficace. »

« La réduction de la sécrétion gastrique abolit les fonctions digestives de l'organe. La suppléance est assurée par les ferments protéolytiques du pancréas parfois diminués, souvent augmentés en activité, et par les sucs intestinaux, de telle sorte que les digestions peuvent être assurées sans troubles. Tous les observateurs sont d'accord sur la perfection habituelle des fonctions digestives chez tous les gastrectomisés en dépit de leur hypochlorhydrie et hypopepsie gastrique ; la sécrétion de la pepsine tend également à s'atténuer jusqu'à disparaître complètement » (Lardennois) [48].

« L'antrectomie supprime la sécrétion d'HCl libre dans la majorité des cas, elle la diminue toujours considérablement » (Oberthur). C'est aussi l'avis de Schoemaker [77], de Ribas-Ribas [72], qui dit « après la gastrectomie, on ne peut pas... déceler la présence de l'HCl libre », de Bartrina [7] : « Les gastro-pylorectomisés sont des anachlorhydriques après l'intervention. Quoique les résultats à distance n'aient pas toujours de rapports avec la chlorhydrie, il est certain cependant que les malades opérés avec succès vident facilement leur estomac et restent ana ou hypochlorhydriques, ou du moins, ceux qui restent mal présentent quelques troubles de la mobilité ou bien ils ont une acidité plus grande qu'avant l'intervention. »

Allesandri [3] dit : « Dans ces cas (résections de Reichel-Polya), nous avons toujours obtenu une diminution considérable de l'acidité totale et presque toujours une ana-

chlorhydrie ou au moins une hypochlorhydrie très marquée. »

Puig y Sureda [69], qui a étudié le suc gastrique d'un grand nombre d'opérés, se montre moins catégorique. « La proportion des cas d'anachlorhydrie parmi les résections limitées est de 42,8 %. » Pour les grandes résections, il donne les chiffres suivants ; dans 53,6 % des cas : absence de HCl libre ; dans 19 % des cas : acidité libre inférieure à 1 ; dans 26,5 % : l'acidité est supérieure à 1. « Les résultats tardifs que fournissent les grandes résections, tant en ce qui concerne l'ulcère secondaire que l'acidité, sont décevants... Pourtant, en termes généraux, nous pouvons dire que le degré d'acidité est d'autant plus petit que plus grande est la surface de viscère réséquée ; mais bon nombre de cas échappent à cette loi puisque nous trouvons 26,5 % de grands reséqués avec de l'hyperchlorhydrie. Il y a un certain parallélisme entre les cas non guéris et l'acidité, depuis 4,5 % d'ulcères jéjunaux quand l'acidité égale 0 jusqu'à 33,3 % quand il y a hyperchlorhydrie; mais ce parallélisme ne veut pas dire dépendance. » Il cite un cas d'ulcère peptique avec absence totale d'acidité minérale libre.

En somme, la question semble jugée : la gastrectomie s'accompagne presque toujours au moins d'hypochlorhydrie sinon d'anachlorhydrie complète.

Un mot maintenant sur le bilan nutritif de ces malades, d'après Jacobovici [43]. Il constate, dans tous les cas, dans l'utilisation des graisses, un déficit important, aussi bien pour les graisses neutres que pour les acides gras et un déficit plus léger dans l'utilisation des matières azotées. Le déficit est différent suivant le procédé opératoire utilisé ; il est plus important après Reichel et Finsterer qu'après Péan ; pour ces deux procédés, le déficit est surtout accentué dans les cas où le pancréas est intéressé, c'est-à-dire dans les cas d'ulcères térébrants. La fonction gastrique est d'autant meilleure que l'estomac possède une continence plus voisine de l'état normal... La déficience gastrique peut être

compensée par une bonne fonction intestinale, c'est-à-dire par un transit et une déshydratation voisine de la normale ; par contre, un transit trop rapide produit un effet contraire. La digestion des protéines du lait a été normale dans tous les cas, sauf quatre, où elle était insuffisante.

2° Etude radiologique du fonctionnement et de l'évacuation des estomacs réséqués.

Nous nous attacherons surtout à l'étude radiologique des estomacs réséqués, en particulier des résections terminées par la méthode de Polya, qui nous a semblé la plus employée par la majorité des auteurs. Nous ne parlerons pas de l'étude radiologique des gastro-entérostomies ; nous connaissons toute son importance, surtout pour le diagnostic des complications telles que *circulus viciosus*, ulcères peptiques... Mais la question étudiée longuement par de nombreux auteurs est actuellement bien connue.

Pour ce qui concerne la gastrectomie, les communications sont moins nombreuses, mais elles présentent cet avantage d'être toutes équivalentes.

La forme de l'estomac après résection est variable suivant le procédé opératoire, et suivant qu'il s'agisse de malades opérés depuis plus ou moins longtemps. Après gastrectomie annulaire médiogastrique, suivant Lardennois [48], « on trouve, même longtemps après l'intervention des opérés dont le pylore est béant, d'autres dont le pylore a un jeu normal et d'autres enfin dont le pylore reste spasmé ». C'est aussi l'avis de Hartmann.

Après gastrectomie suivie de réunion gastro-duodénale (Péan) « à l'écran l'estomac se montre peu modifié dans sa forme, mais rapetissé. L'anastomose fonctionne suivant un rythme rappelant celui d'un pylore normal ».

Après gastrectomie suivie de réunion gastro-jéjunale (Billroth II, Reichel-Polva), « l'estomac est très réduit. Cette réduction importante de la capacité gastrique entraîne

souvent, surtout au début, une certaine gêne fonctionnelle », en particulier la nécessité de repas plus nombreux et d'abondance moindre.

Pour Shoemaker [77], la forme de l'antre pylorique après résection dépend de la forme qu'avait l'estomac avant l'opération, celle-ci variant avec chaque malade ; elle ne peut être exactement la même, même quand on a employé la même méthode opératoire. La forme de l'estomac est modifiée par suite du manque de l'antre pylorique ; le nouvel orifice se trouve à gauche alors que, précédemment, il était à droite ; il ressemble un peu à un pylore normal, mais n'est pas entièrement fermé ; sur le film, il donne l'impression d'être très étroit alors qu'en réalité il ne l'est pas, comme il a été possible de s'en rendre compte au cours de nouvelles opérations.

Pour Benard et Bouttier [9], l'estomac, rapetissé, à peu près réduit à sa portion verticale, donne à la radio une forme en tronc de cône, qui, d'ailleurs, au bout d'un certain temps, tend quelquefois à se rapprocher de celle de l'estomac normal.

Si l'orifice gastro-jéjunal reste fixé en position haute, il peut se dessiner un bas-fond gastrique qui se vide mal. En pareil cas, le résultat fonctionnel est médiocre : la pesanteur gastrique, les douleurs, l'état nauséeux avec éructations fétides, les vomissements vont de compagnie avec l'altération de la santé générale. Cependant, ce n'est pas l'avis de Lardennois [49] : « Certains auteurs ont craint la stase qui se développerait dans le bas-fond gastrique au-dessous du Billroth II ; nous n'avons observé rien de semblable. »

Pour Desmarest et Debray [22], il y aurait chez ces malades, deux périodes : une première période dans laquelle l'estomac est petit, à contractions lentes et sans ampleur, période d'adaptation, pendant laquelle ils ont vite la sensation d'une distention gastrique qui les oblige à limiter leurs repas et à réduire la quantité de liquide ingérée, et

une phase de guérison qui survient au bout de un, deux mois, parfois plus tard. Les sensations de tension gastrique et d'étouffement, les vomissements, la diarrhée disparaissent en même temps que se manifeste l'amélioration de l'état général. A la radio, l'estomac a alors acquis un volume augmenté avec allongement important.

Plus importante que l'étude de la forme est celle du fonctionnement gastrique après gastrectomie. Là encore, les auteurs s'accordent, en particulier pour constater, avec Ribas-Ribas [72], que « la bonne motilité et le drainage gastrique coïncident avec le bien-être des opérés et le retour de leur énergie ». Cependant, pour Puig y Sureda [69], « au point de vue radioscopie, l'évacuation et la motilité gastriques peuvent être de types différents, tous compatibles avec un bon état de santé ; l'évacuation instantanée, plus lente, et suivant un certain rythme... ».

Si, pour Podlaha [66], les sujets traités par la méthode de Billorth I ont une évacuation ralentie de l'estomac », dans toutes les autres méthodes (Billroth II, Polya-Finsterer), et ceci, de l'avis à peu près unanime, l'évacuation est accélérée. Pour Lardennois [49], « chez les Billroth II, la bouche paraît incontinente dès l'absorption de la bouillie. Une bouchée passe dans l'intestin ; à ce moment, l'orifice se ferme. Puis une nouvelle bouchée barytée s'écoule et le cycle recommence. Les évacuations les plus rapides que nous ayons vues à la radio, après les Finsterer par exemple, ne donnent aucun trouble clinique ». Selon Bartrina [7], « l'évacuation de l'estomac, dans le procédé de Reichel-Polya et ses variantes, a lieu rapidement ; cette rapidité de l'évacuation, loin de constituer un inconvénient, semble être un avantage. Après l'acte opératoire, elle raccourcit la période de gastroplégie ; quelque temps après, elle semble maintenir les bons résultats de l'opération ».

De même pour les Billroth II : « Les malades traités par cette méthode, après les trois premiers mois ont eu l'évacuation de l'estomac réséqué accélérée, avec des diarrhées.

Cette accélération s'est corrigée au cours de la première année, si bien que les malades ont perdu toutes leurs souffrances » (Podlaha [66]).

Benard et Bouttier [9] disent : « Après un certain temps de surprise de la bouche anastomotique, on observe, dans la majorité des cas, des contractions gastriques de forme, de fréquence, d'intensité normales aboutissant à l'évacuation par larges bouchées du repas baryté... Très fréquemment, l'évacuation est complète en une demi-heure et dépasse rarement une heure. Il est plus exceptionnel de noter une évacuation d'une durée normale ou légèrement retardée. Dans ces cas, il existe quelquefois de légers troubles digestifs : l'anse anastomotique jéjunale est largement injectée par la substance opaque ; en règle habituelle, le passage s'effectue d'une façon discontinue à travers la bouche anastomotique qui fonctionne comme un nouveau pylore. »

RESULTATS D'UNE ENQUETE PERSONNELLE

Façon d'apprécier les résultats.

« Les statistiques chirurgicales ne sont instructives qu'à condition d'être homogènes, c'est-à-dire provenant d'un seul chirurgien, et intégrales » (F. Papin [67]). Nous avons donc pris les interventions faites par un même chirurgien pour ulcères gastro-duodénaux depuis 1921 jusqu'à 1933 inclus. Nous savons bien qu'il faut attendre de nombreuses années pour pouvoir juger de la qualité et surtout de la solidité de la guérison d'un ulcéreux. On cite des exemples — relativement nombreux — de malades ayant succombé à un cancer gastrique 4 ou 5 ans après l'intervention, gastrectomie ou gastro-entérostomie ; on cite même un cas de perforation d'ulcère peptique 17 ans après une gastrectomie. — D'autre part, la durée des périodes de latence entre les crises aiguës est extrêmement variable, et souvent très longue : on a cité, par exemple, 4 crises en 20 ans. Il est d'observation courante que les périodes douloureuses — qui, cependant, se rapprochent généralement de plus en plus, — cèdent très souvent à des traitements variés, qu'il soit classique comme le régime et les calmants (belladone) et les cicatrisants, comme le bismuth, ou qu'il soit moins généralement employé : extrait hypophysaire, peptones... N'est-on pas allé jusqu'à dire qu'un malade traité par des pilules de bleu de méthylène guérissait — ou, tout au moins, semblait guérir — aussi bien que si on lui avait donné le traitement classique ! C'est dire la difficulté qu'il y a à se faire une opinion nette et définitive sur l'avenir des malades : tel opéré qui est resté

parfaitement bien pendant des années peut recommencer à souffrir à la suite d'excès alimentaires, d'écarts trop importants de régime ; l'ulcère a-t-il récidivé, la période de calme n'a-t-elle été qu'un stade de la maladie pour laquelle le traitement n'a eu aucune influence ? Il nous semble difficile de prendre parti. Disons seulement qu'avant d'être opérés tous nos malades avaient suivi pendant un laps de temps plus ou moins long un traitement médical classique relativement sévère qui avait échoué.

Pour apprécier la qualité de leur guérison, nous nous sommes basé sur différents critères, mais surtout sur la clinique.

Dans un article de la *Presse Médicale*, qu'il intitule : « Les Critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux », GUTTMANN [35] parle d'abord des critères d'ordre diagnostique : « La moindre condition exigible est de ne juger la valeur d'un traitement que sur des diagnostics incontestables ; cette règle est loin d'être toujours respectée. » Nous l'avons suivie autant qu'on puisse le faire : non seulement pour tous nos malades, le diagnostic était appuyé sur des éléments cliniques, radiologiques et chimiques donnant une quasi-certitude, mais nous n'avons retenu dans notre statistique que ceux pour lesquels la présence de l'ulcère a été vérifiée à l'intervention ; nous avons éliminé ceux chez lesquels on n'avait pas trouvé sur l'estomac les lésions que semblaient indiquer les éléments diagnostiques.

GUTTMANN s'occupe ensuite des critères d'ordre clinique surtout de la disparition des douleurs. Il insiste longuement sur l'évolution par poussées de l'ulcère et il dit : « En réalité, ce critérium (la longueur des périodes de calme) n'a pas de valeur, parce que les périodes où les malades cessent de souffrir sont souvent excessivement longues : par exemple, 4 périodes de douleurs en 20 ans disparues chacune spontanément ; les accalmies spontanées de un, deux, trois, six ans sont extrêmement fréquentes, et ceci avec les

traitements de l'ordre le plus banal, avec les régimes les moins surveillés. » Nous reconnaissons tout le poids de ce que dit GUTTMANN et, pour ceux de nos malades qui semblent guéris nous ne dirons pas qu'ils sont guéris définitivement — bien que ce soit souvent l'expression qu'ils emploient eux-mêmes — mais que, actuellement, et depuis leur intervention, ils ne présentent aucun signe clinique d'ulcère. Nous ne pouvons pas savoir ce qu'ils deviendront et il nous semble peu scientifique de parler de guérison définitive pour des malades qui, par exemple, à la suite d'une gastro-entérostomie datant de plusieurs années, peuvent très bien, d'un jour à l'autre, voir leur cicatrice d'ulcère se transformer en ulcère, récidiver... Les observations publiées de cas analogues sont extrêmement nombreuses. Pour citer un exemple personnel, un de nos malades opéré il y a un an environ de gastro-entérostomie pour ulcère du pylore adhérant au pancréas nous avait répondu, et nous pensions le classer dans la catégorie des résultats passables ; huit jours plus tard, il entre à l'hôpital pour une hématémèse foudroyante dont il meurt en quelques heures ! C'est dire que nous n'avons aucune illusion sur la valeur définitive des résultats que nous publions ; ils représentent un stade dans l'évolution clinique de nos opérés, qui n'a de valeur que pour le moment où ils ont été revus.

GUTTMANN montre le même scepticisme en ce qui concerne les critères radiologiques ; il dit : « C'est avec la radiologie qu'on doit suivre la lésion. » Mais il ajoute : « Depuis longtemps, mon attention a été attirée sur l'effacement spontané des signes radiologiques, même directs, dans l'intervalle des poussées... Parfois, l'ulcération se ferme vraiment, soit avec l'aide du traitement, soit spontanément. En effet, la cicatrisation d'un ulcère est un fait indéniable... On l'a trouvé aussi à l'autopsie de malades chez qui ni diagnostic ni traitement d'ulcère n'avaient jamais été faits. Mais si, comme je le crois, cette cicatrisation de l'ulcère peut faire partie de son cycle évolutif normal, de

telles constatations n'ont rien d'étonnant. L'épisode, non la maladie, avait pris fin au moment de la découverte... Au bulbe duodénal, la situation est encore plus difficile. En somme, radiologiquement, nous pouvons très nettement affirmer ou nier qu'un bulbe que nous voyons a été le siège d'un ulcus mais, le plus souvent, nous ne savons pas si cet ulcère est récent ou ancien, actif ou cicatrisé depuis longtemps. »

Donc, pas plus que la clinique, la radiologie ne permet d'affirmer la guérison d'un ulcère. Pour notre étude personnelle, nous attachant surtout à étudier les résultats éloignés au point de vue clinique, nous n'avons pas procédé, chez nos malades revus, à des examens radiologiques systématiques ; de même, nous n'avons pas pratiqué d'analyse de liquide gastrique après les interventions ; la question nous a semblé suffisamment connue et, d'ailleurs, nous avons reculé devant les difficultés d'ordre pratique qu'auraient soulevées ces deux examens. Notre enquête s'est adressée à environ 160 malades opérés à l'hôpital ou la maison de santé, depuis 15 ans ; très peu d'entre eux eussent accepté l'épreuve toujours pénible et onéreuse, d'une radio ou d'un tubage ; nous n'aurions pu avoir que quelques résultats qui, vu leur faible nombre, eussent été sans valeur, et nous nous sommes abstenu.

Déjà, en nous occupant uniquement du point de vue clinique, nous nous sommes heurté à des difficultés considérables. Nous avons vu nous-même les malades de Bordeaux et des environs immédiats ; aux autres, dissiminés dans tout le Sud-Ouest, nous avons envoyé un questionnaire ; pour ceux qui n'ont pas répondu, nous nous sommes adressé à leur médecin traitant au moment de l'intervention. Le résultat a été un peu décevant : après quatre mois de recherches personnelles, après plus de 200 lettres, nous sommes arrivé à retrouver à peine la moitié de nos opérés.

Si bien que si, en entreprenant ce travail, nous pensions pouvoir donner une étude complète des résultats éloignés

des interventions pratiquées par notre Maître, il nous a fallu déchanter. Nous nous contenterons de publier les observations que nous avons pu réunir, et il nous sera bien difficile de conclure de façon définitive. Par exemple, nous avons recherché ce qu'étaient devenus 75 malades chez lesquels on avait pratiqué une gastrectomie, et qui avaient quitté l'hôpital ou la maison de santé en bon état ; d'une trentaine seulement nous avons pu avoir des nouvelles. Que sont devenus les autres ? Nous n'en savons rien. Il est évidemment très probable que beaucoup sont eux aussi guéris, mais d'autres sont sans doute morts, soit d'une affection indépendante de leur ulcère, soit d'une complication tardive de celui-ci. Pour donner un travail qui ait vraiment de la valeur, il faudrait avoir retrouvé tous les opérés ; nous n'avons pu le faire ; nous ne sommes pas d'ailleurs les premiers. Si bien qu'avant d'aborder l'étude de nos résultats, nous insistons sur ce fait que les chiffres que nous donnons ne s'appliquent qu'à une partie des opérés — à peine la moitié — et nous ne préjugeons en aucune façon de ce que sont devenus les autres ; et de ce que ceux-ci deviendront plus tard.

Vue d'ensemble des résultats obtenus.

Bien que ce travail ait surtout pour but l'étude des résultats éloignés, nous ne pouvons faire abstraction de la mortalité opératoire. Nous envisagerons donc successivement ces deux ordres de résultats.

1° *Résultats immédiats.* — Les chiffres de mortalité opératoire sont essentiellement fonction de la gravité des lésions auxquelles on s'attaque, de l'âge des malades, de leur état général, et c'est pourquoi, pas plus pour les ulcères gastro-duodénaux que pour n'importe quelle autre intervention, les statistiques ne sont absolument comparables entre elles. Dans notre statistique personnelle, 187 opérations pour ulcères gastro-duodénaux ont donné 12,8 % de

mortalité et 87,2 % de guérisons opératoires. Les suites immédiates de la gastrectomie sont certainement plus graves que celles de la gastro-entérostomie. On comprendrait mal, d'ailleurs, qu'il en soit autrement. Mais surtout sa gravité varie considérablement suivant la nature des lésions, et dans nos observations sa mortalité va jusqu'à 25 %, la gastrectomie étant faite pour des ulcères compliqués : ulcères calleux adhérents au pancréas, ulcères calleux haut situés de la petite courbure, ulcéro-cancers, etc. Mais il faut remarquer que ces lésions étant une cause à peu près fatale de mort pour leur porteur, ce n'est pas le fait d'en perdre un sur quatre qui est grave, c'est le fait d'en sauver 3 sur 4 qui est heureux.

Si on réserve, au contraire, la gastrectomie aux estomacs absolument libres, avec opération pour ainsi dire schématique, la mortalité de pareils cas ne dépasse pas 6 à 8 %.

Pour les gastro-entérostomies, la mortalité a varié suivant les séries et les années, de 0 % à 7 %.

Une chose est à mettre en évidence. Ce sont les ulcères anciens et compliqués qui sont surtout grevés d'une lourde mortalité au point de vue de la gastrectomie. Les traiter par la gastro-entérostomie change évidemment du tout au tout la mortalité opératoire des interventions gastriques, et c'est pourquoi les statistiques des divers chirurgiens ne sont guère comparables. Cette différence de pronostic, suivant les cas auxquels on s'adresse est une notion dont il n'est généralement pas tenu compte dans beaucoup de publications.

D'autre part, il est encore à remarquer que la mortalité est nettement plus élevée à l'hôpital, où les malades se trouvent dans des conditions défectueuses de soins, et surtout d'isolement.

2° *Résultats éloignés.* — L'intérêt de leur étude est surtout de permettre de comparer à ce point de vue la gastro-entérostomie et la gastrectomie.

Des observations de M. le Pr Papin, dont nous avons revu les opérés à longue échéance, il se dégage une notion très nette : c'est l'excellence de la guérison éloignée que donne presque toujours la gastrectomie. Nous allons, dans le chapitre suivant, étudier les résultats en détail. Mais ici, nous devons marquer cette notion qui ressort de façon remarquable de l'enquête que nous avons faite et des lettres que nous avons reçues.

La gastro-entérostomie donne de fort bons résultats. Nous ne pensons pas que sa bonne action soit uniquement limitée aux ulcères pyloriques et duodénaux. Même dans les ulcères de la petite courbure, elle est fort capable d'assurer de bons résultats éloignés. Mais la constance de ces bons résultats est loin d'être absolue et surtout la guérison est rarement absolument complète. Si quelques-uns des gastro-entérostomisés sont parfaitement guéris, un certain nombre d'entre eux — sans parler de complications plus graves qu'on relève dans un certain nombre de cas — continuent à avoir de petits troubles; ils doivent suivre un régime plus ou moins sévère, recourir de temps en temps au traitement médical. En un mot, ils restent des « gastriques ».

La gastrectomie est certainement plus grave — nous l'avons dit tout à l'heure ; c'est sa rançon, et il faut en tenir compte ; mais la qualité de la guérison obtenue est très supérieure. A peu près tous les gastrectomisés que nous avons revus sont absolument enchantés, et le résultat est d'autant plus frappant qu'il s'agissait, la plupart du temps, d'ulcères compliqués. Lorsqu'un ancien opéré est revenu se plaindre de la persistance de certains troubles, presque toujours il s'agissait d'un gastro-entérostomisé. Il y a d'ailleurs une différence assez frappante entre le ton des lettres que nous avons reçues suivant qu'elles proviennent de malades ayant subi l'une ou l'autre de ces deux opérations. Alors que les gastro-entérostomisés se disent « améliorés » ou « guéris », les gastrectomisés se montrent

beaucoup plus enthousiastes, et ils se déclarent « guéris magnifiquement », « parfaitement guéris », « enchantés de leur opération ».

Résultats éloignés après gastro-enterostomie

Nous n'avons pu retrouver que 45 malades sur 114 qui auraient subi une gastro-entérostomie : 9 opérés pour ulcères de la petite courbure ; 19 pour ulcères du pylore ; 17 pour ulcères du duodénum.

Ulcères de la petite courbure. — Nous avons eu des nouvelles de 9 opérés. L'un est mort tuberculeux 4 mois après l'intervention ; il n'avait plus souffert de l'estomac (obs. I) ; deux peuvent être considérés comme parfaitement guéris, l'un ne suivant aucun régime (obs. II), l'autre évitant par précaution certains aliments sans savoir s'ils lui feraient mal (obs. III). — 4 (obs. IV à VIII) sont très améliorés, évitant seulement certains aliments qui leur donnent quelques malaises peu importants. Un échec (obs. IX), le malade continuant à souffrir et à saigner.

En somme, sur 9 gastro-entérostomies pour ulcères de la petite courbure nous avons un échec, 4 très grandes améliorations, 2 guérisons complètes, une guérison probable (mais non certaine le malade étant mort 4 mois après l'opération d'une affection indépendante de son ulcère).

Obs. I. M. A..., 40 ans. Ulcère de la petite courbure avec niche et ulcère du pylore. Gastro-entérostomie le 19 octobre 1928. Guérison opératoire, mais mauvais état général (tuberculose pulmonaire) ; le malade se cachectise peu à peu et meurt le 12 février 1929 de sa tuberculose ; il n'avait plus souffert de l'estomac.

Obs. II. M. B... Ulcère de la petite courbure, fissuré, adhérent à la face inférieure du foie et à la paroi abdominale. Le 19 août 1933, G.-E. postérieure très large occupant tout l'antre pylorique ; enfouissement de l'ulcère. Revu le 2 avril 1934 en excellent état général et local, ne souffrant pas de l'estomac et ne suivant aucun régime.

Obs. III. M. B..., 49 ans. Ulcère calleux et adhérent de la petite courbure; très mauvais état général. G.-E. postérieure transmésocolique au fil de lin, le 21 août 1925. Revu fin avril 1934. Bon état général; travaille normalement; n'a plus souffert; évite choux, crudités, apéritifs, vin blanc. S'estime complètement guéri.

Obs. IV. Mme T... Ulcère de la petite courbure. G.-E. le 13 mars 1924. Revue le 22 avril 1934; bon état général; fait le même travail qu'avant d'être malade; est obligée d'éviter certains aliments qui lui donnent « des aigreurs ». S'estime « très améliorée ».

Obs. V. M. A..., 44 ans. Perforation d'un ulcère calleux de la petite courbure; opération à la cinquième heure, le 28 juillet 1924 : suture et G.-E. Revu le 12 avril 1934; s'estime très bien guéri; bon état général; travaille normalement; ne souffre plus à condition de n'user que modérément de certains aliments (viandes blanches, crudités, œufs).

Obs. VI. M. D..., 47 ans, ulcère de la petite courbure; G.-E. postérieure transmésocolique, le 25 juillet 1930. Bon état général; souffre encore de temps en temps de l'estomac, particulièrement après les périodes de travaux pénibles; doit suivre un régime peu strict (fritures, sauces, graisses). S'estime bien amélioré.

Obs. VII. M. G..., 58 ans. Ulcère calleux de la petite courbure. G.-E. postérieure transmésocolique au catgut lent le 10 mars 1931. Revu le 13 avril 1934; résultat excellent; a engraissé, fait sans fatigue son travail de cultivateur. Evite seulement certains aliments qui lui donnent une sensation de gêne, de brûlure épigastrique : coquillages, mets épicés, sauces, charcuteries, moyennant quoi il ne souffre pas.

Obs. VIII. Mme V..., 49 ans. Souffre depuis 10 ans, par crise survenant d'abord tous les deux ou trois mois, puis tous les 15 jours. Opération le 26 février 1931 : ulcus de la petite courbure, dilatation de la troisième portion du duodénum. G.-E. transmésocolique, duodéno-jéjunostomie. Revue le 10 avril 1934; se trouve très améliorée, mais doit suivre un régime, peu strict d'ailleurs; sinon elle a quelques légères douleurs tardives auxquelles elle n'accorde pas grande attention; de même si elle se fatigue. Cependant depuis quelques jours, et pour la première fois depuis l'opération, les douleurs, tardives et calmées par l'alimentation, deviennent plus fortes. A engraissé de 20 kg., fait son travail très normalement.

Obs. IX. Mme Ch..., 38 ans. Ulcère calleux de la petite courbure avec périgastrite, très largement adhérent au pancréas, à mi-distance entre cardia et pylore. G.-E. marginale juste en face de l'ulcère, le 22 octobre 1927. Revue fin avril 1934. Est restée bien pendant environ un an et demi après l'opération; puis a fait plu-

sieurs hématémèses importantes en même temps qu'elle souffrait, par périodes éloignées, de douleurs calmées par un traitement médical ordinaire. Pas de radio. D'après l'interrogatoire il semble que l'ulcère ait continué à évoluer.

Ulcères du pylore. — 19 malades, gastro-entérostomisés pour ulcère du pylore, ont été retrouvés. Parmi eux, nous avons 6 guérisons parfaites (obs. X à XV), un mlade qui est mort de congestion pulmonaire deux ans après l'opération, alors qu'il était en excellent état gastrique (obs. XVI) ; 3 grandes améliorations (obs. XVII à XIX), 4 améliorations relatives (obs. XX à XXIII) ; 5 échecs : un rétrécissement de la bouche, parfaitement guéri par une gastrectomie secondaire (obs. XXIV), un *circulus viciosus*, guéri par une jéjuno-jéjunostomie (obs. XXV), un ulcère peptique guéri par une gastrectomie (obs. XXVI), une cancérisation secondaire (obs. XXVII), et une récidive avec hématémèse mortelle (obs. XXVIII).

Guérisons complètes. — Ces malades n'ont plus souffert de l'estomac depuis l'opération, et ne suivent aucun régime; un seul s'abstient de certains aliments, uniquement par mesure de précaution. Tous travaillent normalement, certains malgré leur âge relativement avancé, et s'estiment eux-mêmes — nous respectons l'expression dont ils se servent — complètement guéris.

Obs. X. M. V..., 46 ans. Ulcère pylorique ayant donné lieu à un abcès sous-phrénique. Le 19 juin 1926 : incision et drainage de l'abcès; G.-E. postérieure transmésocolique. Revu en 1930 en excellent état local et général. N'a pu être retrouvé en 1934.

Obs. XI. M. L..., 49 ans. Ulcère pylorique avec périgastrique. G.-E. postérieure transmésocolique, le 9 novembre 1926. Revue fin avril 1934; bon état général; travaille normalement; n'a plus souffert de l'estomac; ne suit aucun régime; s'estime « complètement guéri ».

Obs. XII. M. B... Ulcus sténosant du pylore. G.-E. postérieure transmésocolique le 25 août 1928. Revu en avril 1934. Excellent état général; travaille normalement; n'a plus souffert; ne suit pas de régime strict, mais évite certains aliments (charcuterie, mets épicés). S'estime « bien guéri ».

Obs. XIII. Mme D..., 52 ans. Ulcère pylorique sténosant. G.-E. postérieure transmésocolique le 15 janvier 1932. Revue le 12 avril 1934; excellent état général et local; ne souffre pas, ne suit aucun régime, travaille normalement.

Obs. XIV. M. L..., 55 ans. Ulcus calleux du pylore avec périgastrite. G.-E. postérieure transmésocolique au gastergut le 12 mars 1932. Revu fin mai 1934; bon état général; travaille normalement; a suivi son régime pendant un an; mange actuellement de tout sans jamais souffrir. S'estime « guéri ».

Obs. XV. M. R..., 60 ans. Sténose du pylore par vieil ulcère. G.-E. le 13 janvier 1933. Revu en mai 1934, n'a plus souffert depuis l'opération, ne suit aucun régime, fait le même travail qu'avant d'être malade (facteur des postes); a beaucoup engraissé; « s'estime guéri ».

Obs. XVI. M. G... Ulcère pylorique. G.-E. postérieure le 1er juillet 1929. Décédé 2 ans après l'opération des suites d'une congestion pulmonaire; le malade avait repris son travail et le résultat de l'opération avait été, d'après son médecin, parfait tant au point de vue local que général.

Grandes améliorations. — Ces trois malades s'estiment eux-même guéris ; cependant nous estimons qu'ils ne le sont pas complètement, puisqu'ils doivent s'abstenir de certains aliments qui leur causent de petits malaises, mais pas de douleurs véritables ; nous les considérons seulement comme très améliorés.

Obs. XVII. Mme D..., Ulcère pylorique avec périgastrite; G.-E. postérieure transmésocolique le 9 janvier 1930. Revue fin avril 1934; excellent état général; cependant est obligée d'éviter les sauces et les graisses; souffre également lorsqu'elle travaille beaucoup. Se dit malgré cela « complètement guérie ».

Obs. XVIII. Mme Ch..., 58 ans. Ulcus pylorique sténosant et adhérent au pancréas; gastro-entérostomie le 4 avril 1931. Revue en avril 1934; excellent état général; bon appétit; mais doit éviter certains aliments (épices, vinaigres, sauces), qui déterminent de légères sensations de gêne et de brûlure, moyennant quoi elle se trouve en très bonne santé.

Obs. XIX. M. F..., 53 ans. Ulcère calleux du pylore fixé intimement au pancréas; peut-être cancer? G.-E. postérieure transmésocolique le 21 avril 1931; guérison opératoire, après bronchopneumonie. Revu fin avril 1934, travaille normalement; bon état

général; n'a pas de douleurs véritables, mais éprouve quelques malaises lorsqu'il a trop fumé et surtout trop absorbé de liquide; doit éviter les aliments gras, la salade, les tomates. S'estime cependant « heureux et guéri ».

Améliorations relatives. — Ces quatre malades souffrent encore, ou ont des vomissements, sans qu'on puisse parler de récidives ; eux-mêmes se disent cependant mieux qu'avant d'être opérés. Il est d'ailleurs difficile d'affirmer l'origine de leurs douleurs, qui ne semble pas toujours gastrique.

Obs. XX. M. C..., sténose pylorique par ulcère, avec bloc d'adhérences qui confondent pylore et duodénum. G.-E. postérieure transmésocolique en L au catgut lent, le 17 décembre 1928. Guérison opératoire, après complications pulmonaires. Revu en avril 1934; bon état général; mais lorsqu'il fait des infractions à son régime (qu'il suit très mal) il souffre encore de l'estomac. En janvier 1934, il a même fait une crise douloureuse qui a été prise pour une perforation mais qui a cédé rapidement à la glace et au repos, et qui semble avoir été une poussée de périgastrite. Une radio pratiquée en février 1934 a montré : « La bouche de G.-E. fonctionne très rapidement; elle est presque incontinente; elle est douloureuse à la pression. Radiologiquement on est en droit de penser un obstacle haut situé sur le grêle « qui semble provoqué par la brèche du mésocolon ».

Obs. XXI. M. M..., 52 ans. Ulcère pylorique sténosant avec syndrôme de Reichmann. Gastro-entérostomie postérieure au catgut. le 11 juin 1929. Revu en mai 1934; a suivi son régime pendant un an sans jamais souffrir. Actuellement ne le suit plus, boit beaucoup de vin blanc, souffre de temps en temps, a quelques vomissements matinaux « tout serait pour le mieux si le régime avait continué à être observé ».

Obs. XXII. M. P..., 52 ans. Ulcère du pylore avec périgastrite. G.-E. postérieure transmésocolique au gastergut, le 30 mars 1933. Revient à l'hôpital le 27 janvier 1934, se plaignant de douleurs au niveau de l'hypocondre droit; bonnes digestions, pas de vomissements. On trouve à la palpation une légère déhiscence du muscle droit. On conseille la radiothérapie. Revu en mai 1934. Bon état général, a engraissé de 5 kg.; suit un régime assez strict, cependant se plaint de digérer assez lentement, d'avoir vers 4 heures de l'après-midi et 11 heures du soir une sensation de lourdeur et des aigreurs

au niveau du creux épigastrique, soulagées par le bicarbonate de soude. S'estime « amélioré » en particulier dit souffrir moins depuis qu'il a subi 15 séances de radiothérapie.

Echecs. — Trois ont été guéris par une intervention secondaire (obs. XXIV à XXVI) ; un autre continue à souffrir depuis la gastro-entérostomie (mais il avait subi en même temps une cholécystectomie) ; 2 sont morts de complications de leur ulcère qui avait continué à évoluer (obs. XXVII et XXVIII) l'un de cancérisation secondaire, l'autre au cours d'une hématémèse.

Obs. XXIII. M. D..., 33 ans, ulcère du pylore; cholécystite calculeuse. Le 30 novembre 1933 : cholécystectomie, G.-E. postérieure transmésocolique. Revu le 18 janvier 1934; bon état général; a engraissé de 11 kg. mais a eu depuis l'opération plusieurs crises douloureuses (brûlures épigastriques) apparaissant la nuit. Revu le 15 avril 1934; a toujours les mêmes douleurs, dont il est impossible de préciser l'origine; ne suit pas son régime; état général médiocre.

Obs. XXIV. M. P..., 26 ans. Ulcère pyloro-duodénal. Le 11 février 1932, G.-E. postérieure transmésocolique (appendicectomie complémentaire, et section d'une bride iléo-coécale); revu le 18 avril 1932; très bon état local, mais état pulmonaire très suspect (amaigrissement de 10 kg.)Au point de vue gastrique il reste bien pendant 5 semaines après la première opération, puis il est repris après les repas de douleurs violentes siégeant à l'épigastre et sous les fausses côtes, irradiant suivant un trajet circulaire, imitant dans leur trajet et leur siège épigastrique le trajet duodénal; puis vomissements sanglants, mélaena, douleurs très intenses. A la radio on constate que la bouche de G.-E. dont on devine l'emplacement ne fonctionne pas; la bouillie emprunte le trajet duodénal très irrégulier et déformé. Deuxième intervention le 30 mai 1932 ; pas d'ulcère peptique; péri-duodénite; gastrectomie de droite à gauche, rétablissement de la continuité jéjunale, Polya total. Sur la pièce la bouche du G.-E. est très étroite. Dilatation aiguë post-opératoire, puis suites normales. Inappétence tenace persistant au bout d'un mois. Revu fin avril 1934. A suivi son régime pendant quelques mois; mange actuellement de tout, n'a plus éprouvé aucun symptôme d'ordre gastrique; a engraissé de 6 kg.; travaille très normalement, s'estime « complètement guéri ».

Obs. XXV. Circulus viciosus. M. C..., 66 ans. Sténose spasmodique du pylore par ulcus, diagnostiqué à l'opération, alors que

cliniquement on avait pensé un cancer; la région pylorique et le bulbe duodénal sont pris dans des adhérences vélamenteuses qui les rétractent vers le pancréas. G.-E. postérieure transmésocolique le 21 novembre 1931. Suites normales d'abord, mais 3 semaines après le malade présente des vomissements bilieux abondants. Le tubage gastrique ramène à jeun de la bile en assez grande quantité; la radio montre que la bouche fonctionne, mais moins que le pylore; il existe surtout une dilatation duodénale avec stase de toute la 2e portion, qui s'arrête à la 3e portion qui semble sténosée. On ne sait si elle existait, méconnue, avant la G.-E., ou si elle est la conséquence de celle-ci. Le 26 décembre 1931 la laparotomie montre, au-dessous d'adhérences épiploïques difficiles à débrouiller, une dilatation considérable de l'anse jéjunale afférente. Cette anse, qui continue le duodénum, est énorme, rouge, à parois très épaisses et œdémateuses. L'anse afférente semble vide. En dégageant peu à peu la région de la G.-E. il apparaît nettement que le jéjunum est épaulé étroitement par le mésocolon. Anastomose très large, à la suture, entre l'anse dilatée afférente et l'anse efférente; résection de l'épiploon adhérent. Guérison opératoire.

Revu en avril 1934. Etat gastrique parfait; ne suit plus de régime depuis plus d'un an; s'estime parfaitement guéri et « complètement transformé » par l'opération.

Obs. XXVI. Ulcère peptique. M. D..., 31 ans. Ulcère du pylore; G.-E. postérieure transmésocolique au gastergut, le 6 mai 1931. Guérison opératoire, mais 10 jours après l'opération il est pris de vomissements alimentaires succédant à l'augmentation de l'alimentation; il éprouve les mêmes douleurs qu'avant l'intervention. Le 8 juin 1931, nouvelle laparotomie qui montre sur la bouche de G.-E., en un point qui correspond à la suture entre muqueuse gastrite et muqueuse jéjunale, une petite ulcération des dimensions d'une petite lentille; il semble qu'il s'agisse d'un ulcère peptique au début. Rétablissement de la continuité jéjuno-jéjunale; gastrectomie qui passe d'une part juste en amont de l'ancien ulcère pylorique qu'on laisse en place, et d'autre part vers le milieu de l'estomac. Polya total jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Revu le 20 avril 1934; n'a plus souffert depuis l'opération, a suivi pendant un an un régime un peu fantaisiste; n'en suit plus actuellement; fait normalement son travail; excellent état général. S'estime « entièrement guéri ».

Obs. XXVII. Cancérisation secondaire. M. C..., 50 ans. Ulcère calleux de l'antre pylorique. Opération le 12 juin 1931; on trouve une tuméfaction indurée du bord supérieur de l'antre pylorique, qui peut être soit un ulcère calleux, soit un ulcère cancérisé, soit un cancer au début. De toutes façons le chirurgien estime qu'il faut faire une gastrectomie : L'estomac est libre et mobile. Le méde-

cin la déconseille, étant donné qu'il a suivi le malade et qu'il affirme l'ulcère, et qu'il redoute une gastrectomie chez ce malade gras et un peu diabétique. On fait donc une G.-E. postérieure transmésocolique. Guérison opératoire, mais vers le 15 septembre 1932 le malade commence à souffrir du foie : celui-ci augmente de volume, de l'ascite apparaît... Il se développe un cancer aigu du foie qui emporte le malade en un mois. Il n'y a eu aucun phénomène gastrique : la radio a montré un fonctionnement normal de la bouche de G.-E. et rien de plus. Il semble cependant qu'on ait eu à faire une métastase hépatique d'un néo gastrique; il eut fallu faire une gastrectomie.

Obs. XXVIII. Hématémèse mortelle après G.-E. M. C..., 37 ans. Ulcère du pylore adhérent au pancréas. G. E. postérieure transmésocolique le 26 juin 1933 (à cause du mauvais état général, le malade ayant eu du mélaena dans les jours précédents). Revu fin avril 1934; présente les mêmes douleurs qu'avant l'opération, survenant après les repas, en particulier dans la nuit, par périodes, malgré un régime strictement suivi; a encore eu du mélaena plusieurs fois depuis l'opération; a maigri de 8 kg. ne peut plus travailler. Le 8 mai, le malade entre à l'hôpital pour une hématémèse très importante, avec pâleur intense, dyspnée, pouls filant; 500.000 hématies par mm³, un taux d'hémoglobine au-dessous de 10%; il meurt en quelques heures, d'anémie aiguë, malgré le traitement médical.

Ulcères duodénaux. — 17 malades ont été retrouvés. Sur ce nombre, nous avons 5 guérisons complètes, les malades ne suivant aucun régime, ne souffrant jamais de l'estomac (obs. XXIX à XXXIII) ; un malade qui, parfaitement guéri au point de vue gastrique, présente une éventration importante (obs. XXXIV) ; 6 grandes améliorations, les malades ne souffrant plus, mais à condition de suivre, pour certains, un régime peu strict, pour d'autres un traitement médical et un régime assez sévère (obs. XXXV à XL) ; deux résultats douteux l'un souffrant d'entérite muco-membraneuse, sans qu'on puisse faire la part revenant à l'intestin et celle revenant à l'estomac (obs. XLI), et un autre sur lequel nous n'avons pu avoir de renseignements précis, mais qui, parti à l'étranger après son opération serait mort d'urémie, alors qu'il était parfaitement guéri au point de vue gastrique ; un résultat médiocre (obs. XLII), et 2 échecs : un ulcère peptique, guéri par une gastrectomie secondaire (obs. XLIII),

et une malade (obs. XLIV) dont l'ulcère semble continuer à évoluer de la même façon qu'avant l'opération.

Obs. XXIX. M. L..., 55 ans. Ulcère du bord supérieur de la première portion du duodénum, traité médicalement depuis un an sans aucun résultat. G.-E. postérieure transmésocolique au gastergut, le 18 mai 1931. Revue juin 1934, excellent état général, a engraissé de 10 kg., travaille normalement, n'a jamais souffert depuis l'opération, suit cependant par précaution son régime. S'estime « complètement guérie ».

Obs. XXX. Mme B..., 23 ans. Ulcère du bulbe duodénal. G.-E. postérieure transmésocolique au gastergut, le 23 juin 1931; appendicectomie complémentaire. Revue mai 1934. Excellent état général, ne souffre plus du tout; depuis 3 ans ne suit aucun régime.

Obs. XXXI. Mme B..., 28 ans, ulcère du bulbe duodénal des plus nets, avec cicatrice blanchâtre. Le 20 janvier 1932 G.-E. et enfouissement de l'ulcère; revue mai 1934, complètement guérie, aucune douleur, aucune fatigue depuis l'opération; a engraissé de 15 kg.

Obs. XXXII. M. L..., 60 ans. Ulcère duodénal; G-E postérieure transmésocolique au catgut lent le 24 février 1932. Revu mai 1934. Bon état général, travaille normalement, n'a plus souffert depuis l'opération, ne suit pas de régime.

Obs. XXXIII. Mme F..., 47 ans. Ulcère de la première portion du duodénum; G.-E postérieure transmésocolique le 20 mars 1932. Revue fin avril 1934; bon état général, travaille normalement, ne souffre plus de l'estomac, a suivi son régime pendant un an; actuellement évite seulement les œufs. Se déclare « complètement guérie ».

Obs. XXXIV. M. P..., 46 ans. Ulcère duodénal. G.-E postérieure transmésocolique le 24 avril 1933; revu en novembre 1933 en excellent état au point de vue gastrique, mais éventration. Revu en mai 1934; suit encore son régime assez strictement; a engraissé de 12 kg. ne souffre jamais de l'estomac, et s'estime parfaitement guéri mais présente une très large éventration qui le gêne beaucoup pour travailler.

Obs. XXXV. M. B... Ulcère duodénal; gastro-entérostomie postérieure transmésocolique le 28 novembre 1929. Revu mai 1934; assez bon état général, travaille cependant moins facilement qu'avant l'opération (forgeron); ne suit pas de régime, mais éprouve encore quelques malaises : sensation de pesanteur et de gonflement au niveau du creux épigastrique, après les repas. S'estime « amélioré ».

Obs. XXXVI. M. S... Ulcère de la face antérieure du bulbe duodénal. G.-E postérieure transmésocolique à la suture le 16 octo-

bre 1930. Revu le 25 avril 1934. Bon état général fait le même travail qu'avant l'opération, mais un peu moins facilement, éprouve encore quelquefois des brûlures tardives, quoiqu'il suive strictement son régime. S'estime cependant « très amélioré ».

Obs. XXXVII. Abbé X... Ulcère de la première portion de duodénum; G.-E postérieure transmésocolique le 8 novembre 1930, enfouissement de l'ulcère. Revu en mai 1934. Bon état général (dessert sans fatigue 3 paroisses); cessation des douleurs, mais à condition de poursuivre le traitement médical.

Obs. XXXVIII. M. L..., 40 ans. Ulcère du bulbe; G.-E postérieure transmésocolique au gastergut le 5 août 1931. Revu en octobre 1931; le malade a fait un peu d'ictère à la suite de l'anesthésie; il n'a plus de douleurs, mais le moindre énervement lui donne de l'hypersecrétion gastrique. Revu fin avril 1934, dit avoir depuis l'opération, à intervalles de 5 ou 6 mois, des douleurs au niveau du creux épigastrique, qui ne durent que quelques minutes; a suivi un régime sévère pendant un an, n'en suit plus; travaille très normalement. S'estime « guéri ».

Obs. IXL. Mme C..., 68 ans. Ulcère de la première portion du duodénum; G.-E postérieure transmésocolique au gastergut le 5 août 1932. Revue fin avril 1934. Bon état général; travaille normalement; a suivi son régime pendant 9 mois; actuellement doit éviter les tomates, la charcuterie, la salade. Ne souffre pas, s'estime « complètement guérie ».

Obs. XL. Mme B... Ulcère de la face antérieure de la première portion du duodénum; G.-E postérieure transmésocolique au gastergut le 11 mars 1932. Revue en mars 1934. N'a plus présenté depuis l'opération aucune espèce de trouble gastrique; mais suit un régime (hypertension artérielle à 22-10).

Obs. XLI. M. G... Ulcère de la première portion du duodénum; G.-E postérieure transmésocolique le 24 avril 1924. Revu fin avril 1934. Bon état général, mais souffre depuis plusieurs années d'entérocolite muco-membraneuse; semble ne pas souffrir de l'estomac proprement dit. Cependant ces douleurs abdominales sont calmées par un médicament anti-hyperchlorhydrique. Résultat douteux.

Obs. XLII. M. H... Ulcère de la première portion du duodénum; G.-E et enfouissement de l'ulcère. Serait décédé en Argentine, où il était reparti quelques mois après l'opération, d'une crise d'urémie; il n'aurait plus souffert de l'estomac depuis l'opération.

Obs. XLIII. Mme S..., 19 ans. Ulcère du duodénum avec périduodénite; G.-E postérieure transmésocolique au catgut lent; libération d'adhérences. Après la sortie de l'hôpital, reste bien pendant 8 jours,

puis recommence à avoir des brûlures; elle ne suit pas de régime; les douleurs augmentent, la malade ne peut travailler, maigrit, et perd des forces. Elle va consulter un chirurgien, qui la fait radiographier après absorption de tétraiode (?), craignant une histoire vésiculaire, mais ne peut porter un diagnostic précis. Il conseille une laparotomie exploratrice, qui est pratiquée en février 1931; on libère de nombreuses adhérences, mais le chirurgien, prédit la récidive à échéance plus ou moins lointaine avec nécessité d'une nouvelle intervention. Après cette deuxième opération la malade reste bien portante pendant 1 an et demi; elle ne souffre plus, elle s'abstient seulement d'aliments trop épicés; elle a beaucoup d'appétit, engraisse, pratique sans fatigue des sports violents. Mais depuis mars 1933 environ elle recommence à souffrir de façon irrégulière, mais surtout après les repas, pendant 2 heures environ; ces douleurs sont à type de crampes et surtout de brûlures; l'ingestion d'eau très froide, de jus de citron (*sic*) les calme; elle a en outre, le matin à jeun, des pituites d'eau visqueuse et épaisse; pas de vomissements alimentaires vrais; les douleurs gastriques s'exacerbent au moment des règles, qui ne surviennent que tous les 45 jours. L'état général est cependant bon, la malade travaille 12 heures par jour, l'examen montre un point douloureux franc au creux épigastrique, et un autre très net au niveau de la vésicule.

Obs. XLIV. M. A... Ulcère peptique. M. A... Ulcère de la face antérieure du duodénum. G.-E. postérieure transmésocolique au catgut lent le 20 décembre 1930. Le malade recommence à souffrir deux mois plus tard; il ne suit d'ailleurs aucun régime; les douleurs deviennent de plus en plus vives, rythmées par les repas; il maigrit. Une radio montre que presque toute la bouillie passe par le pylore; à peu près rien ne passe par la bouche de G.-E., qui est douloureuse. Réintervention le 3 février 1932 : l'ulcère duodénal apparaît encore très évident; le duodénum, ainsi que l'antre pylorique, a un aspect rouge inflammatoire, beaucoup plus marqué au niveau de la bouche. Libération de la bouche d'avec le mésocolon; ouverture puis réfection du jéjunum. Pyloro-gastrectomie de droite à gauche jusqu'au delà de l'ancienne bouche; Polya. Sur la pièce : toute la bouche est rouge et indurée; on y remarque un petit ulcus douteux. Revu en juin 1934; il n'a plus souffert depuis l'opération, ne suit aucun régime, a repris ses habitudes éthyliques. Excellent état général, « résultat parfait », d'après son médecin traitant.

Obs. XLV. Mme L... Ulcère du duodénum, stase de la 3e portion, péri-cholécystite. Le 27 août 1932, G.-E., duodéno-jéjunostomie, libération *des adhérences vésiculaires*. Revue en mai 1934. Insuccès complet : douleurs persistant comme avant l'opération, amaigrissement, malgré le traitement médical toujours poursuivi; il est difficile de faire la part de la vésicule et celle de l'estomac.

RESULTATS ELOIGNES APRES GASTRECTOMIES

Tous ces malades ont subi une résection étendue. Jamais il ne s'est agi d'une simple excision de l'ulcère. La résection a toujours sectionné le duodénum, emporté le pylore et l'antre pylorique le plus loin possible, mais l'étendue vers la gauche a été variable ; la résection a toujours été poursuivie loin sur la petite courbure qui est le lieu d'élection des ulcères. La gastrectomie a été terminée exceptionnellement par le procédé de Billroth, presque toujours par le procédé de Polya ou de Finsterer.

Sur 77 malades ayant subi une résection, 35 ont été revus de 1 à 15 ans après l'opération ; parmi eux 3 avaient déjà subi une gastro-entérostomie, et ont été gastrectomisés pour une complication secondaire (2 ulcères peptiques, un rétrécissement de la bouche : (obs. XXIV, XXVI, XLIII). Trois fois, à cause de l'état général précaire des malades, on a fait dans un premier temps une gastro-entérostomie, et quelques jours plus tard une gastrectomie (obs. XLVIII, LXV, LXX) ; dans ces 6 cas les résultats éloignés ont été excellents. Tous les autres malades ont subi d'emblée l'opération radicale.

Ulcères de la petite courbure. — 17 des malades retrouvés avaient été opérés pour ulcère de la petite courbure, presque tous très avancés, perforés bouchés par le pancréas. 15 (obs. XLVI à LX) ont eu un résultat éloigné qu'on peut qualifier d'absolument parfait ; les quelques-uns qui suivent un régime ne souffrent pas, mais évitent certains aliments uniquement par précaution ; ils mènent une vie absolument normale, tous les hommes ont repris leur métier antérieur ; tous ont un état général excellent, 2 autres

peuvent être considérés eux aussi comme pratiquement guéris (obs. LXI et LXII) ; ils n'ont que de petites douleurs très légères, sans caractères spéciaux ; l'un d'eux fait de plus un peu d'entérite muco-membraneuse. Ils s'estiment, l'un guéri, l'autre « bien amélioré ». Donc, 17 bons résultats sur 17 malades retrouvés.

Obs. XLVI. M. D..., 52 ans. Ulcère de la petite courbure. Pylorogastrectomie le 27 juillet 1924. Revu le 12 avril 1934. A suivi un régime pendant un an; depuis mange de tout, boit beaucoup (vin blanc, pernod...); ne souffre pas, travaille normalement, s'estime « parfaitement guéri ».

Obs. XLVII. Mme D..., 38 ans. Ulcère calleux de la petite courbure. Pylorogastrectomie, Billroth II, le 29 avril 1927. Revue fin juin 1934. Excellent état général, n'a plus souffert depuis l'opération, travaille normalement, mange de tout. Guérison « parfaite ».

Obs. XLVIII. Mme D..., 55 ans. Ulcère calleux de la petite courbure, ayant envahi le pylore qui est sténosé, perforé bouché par le pancréas. Opération en deux temps; G.-E. le 13 décembre 1927, gastro-pylorectomie 15 jours plus tard. Revue en mai 1934 : bon état général, a engraissé de 5 kg., a suivi un régime strict pendant 6 mois, actuellement évite seulement les condiments et les tomates; ne souffre jamais de l'estomac; s'estime « guérie magnifiquement ».

Obs. XLIX. M. D... Ulcère de la petite courbure perforé bouché par le pancréas. Gastro-pylorectomie le 2 août 1929, Polya. Revu fin avril 1934; très bon état général; travaille « plus facilement qu'avant d'être malade »; n'a plus souffert de l'estomac; évite par précaution les graisses; s'estime « parfaitement guéri ».

Obs. L. M. B..., 44 ans. Très gros ulcère calleux de la petite courbure adhérent au foie et au pancréas; intervention le 23 janvier 1930, immédiatement après une hémorragie importante : gastrectomie de droite à gauche. Revu fin avril 1934; bon état général, travaille normalement, n'a plus souffert et ne suit aucun régime. S'estime « parfaitement guéri ».

Obs. LI. M. D..., 65 ans, 15 février 1930. Ulcère calleux de la petite courbure cicatrisé, et ulcère récent en évolution. Gastrectomie de droite à gauche. Revu en mai 1934. Bon état général; travaille normalement (cultivateur), suit par précaution un régime peu sévère. « Excellent résultat » suivant son médecin traitant.

Obs. LII. Mme M..., 38 ans. Ulcère de la petite courbure adhé-

rent au pancréas. Pyloro-gastrectomie le 8 avril 1930. Revue le 13 avril 1934. Mène une vie absolument normale, fait sans aucune fatigue son travail d'institutrice; mange de tout, sans aucune douleur ni gêne gastrique. « Excellent résultat », d'après son médecin traitant.

Obs. LIII. M. G..., 31 ans. Ulcère de la petite courbure perforé et bouché par le pancréas. Le 10 décembre 1931, pyloro-gastrectomie de droite à gauche, Polya. Revue fin avril 1934, excellent état général; travaille « plus facilement qu'avant d'être malade » n'a plus souffert, évite seulement les sauces et les crudités uniquement par précaution. Se déclare « enchanté de son opération ».

Obs. LIV. M. B..., 20 ans. Ulcère de la petite courbure. Le 4 février 1932 gastro-pylorectomie de droite à gauche, Polya. Revu en mars 1932, a déjà engraissé de 3 kg. 500; suit son régime. Revu fin avril 1934. Travaille très normalement, sans fatigue, ne suit pas de régime, digère bien, ne souffre jamais. S'estime « entièrement guéri ».

Obs. LV. Mme E..., 66 ans. Ulcère ancien de la petite courbure avec début de biloculation gastrique, adhérent au pancréas. Le 15 avril 1932, gastrectomie, clivage avec le pancréas au thermocautère, Polya total. Revu le 12 avril 1934 en excellent état, mangeant de tout, n'ayant plus souffert de l'estomac depuis l'opération, ayant repris son travail de domestique qu'elle effectue sans aucune fatigue.

Obs. LVI. M. F..., 36 ans. Ulcère calleux de la petite courbure perforé et bouché par le pancréas. Le 2 août 1932, gastrectomie; clivage au thermocautère, Polya partiel, péritonisation de l'énorme plage ulcérée du pancréas, large comme une pièce de 5 francs, avec le mésocolon transverse. Revu fin avril 1934; très bon état général; travaille normalement; n'a plus souffert, évite seulement la soupe. S'estime « complètement guéri ».

Obs. LVIII. M. R..., 57 ans. Ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas. Le 1er décembre 1932, gastro-pylorectomie de droite à gauche, après décollement des adhérences pancréatiques au thermocautère, Polya total. Revu en février 1933 en très bon état, puis en avril 1934, il a suivi son régime strictement pendant quatre mois; il n'en suit plus; n'a jamais souffert depuis l'opération. Travaille « beaucoup plus qu'avant ». S'estime parfaitement guéri. « Actuellement, dit-il, j'avoue qu'il y a bien longtemps que je n'avais été aussi heureux, à cause de mes fortes souffrances. »

Obs. LIX. M. P..., 42 ans. Ulcère induré de la petite courbure fixé en arrière au pancréas. Le 2 février 1933 gastrectomie de droite à gauche. Revu en mai 1934; bon état général, a engraissé de 6 kg.

Travaille normalement; n'a plus souffert depuis l'opération; suit encore un régime peu sévère (évite les crudités, les sauces, l'alcool). S'estime « guéri ».

Obs. LX. M. L..., 58 ans. Ulcère calleux de la petite courbure. Le 20 avril 1933 gastrectomie de droite à gauche, Polya (B.-W.+++). Revu fin mai 1934; ne souffre plus du tout; suit encore le régime prescrit après l'opération; travaille normalement; bon état général, a engraissé de 6 kg. Digère « merveilleusement », a un appétit « féroce ».

Obs. LXI. Mme D..., 48 ans. Ulcère de la petite courbure; gastrectomie, le 23 juin 1933 (Polya-Finsterer); un peu de hoquet le premier jour, puis suites normales. Revu en mai 1934; a engraissé de 7 kg.; ne suit aucun régime, mais éprouve encore quelques douleurs qu'elle qualifie de très légères, durant quelques minutes, par périodes de 2 à 3 jours, séparées par des intervalles de 3 à 4 mois; un peu d'entérite muco-membraneuse. S'estime « bien améliorée ».

Obs. LXII. M. S..., 65 ans. Volumineux ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas et fixé en avant à la paroi abdominale. Le 7 décembre 1933 gastrectomie de droite à gauche, Polya. L'ulcère, perforé et bouché par le pancréas, a aussi perforé la dernière portion du duodénum qu'il faut suturer. Revu, mai 1934. Bon état général, a engraissé de 7 kg.; travaille à peu près normalement; a éprouvé, cinq ou six fois depuis l'opération, des douleurs légères au niveau du creux épigastrique, survenant quatre à six heures après les repas, durant quelques minutes. Suit strictement son régime. S'estime cependant « guéri ».

Ulcères du pylore. — 12 opérés pour ulcère du pylore ont été retrouvés, 7 ont été revus complètement guéris ; 2 sont morts alors qu'ils n'avaient plus souffert de l'estomac depuis l'opération ; l'un accidentellement deux ans après, l'autre d'insuffisance cardiaque 9 ans après l'opération. 2 autres sont seulement améliorés, l'un (obs. LXXII) qui souffre encore un peu, mais travaille cependant normalement et ne suit aucun régime, un autre (obs. LXXIV), opéré depuis 8 ans, chez lequel l'examen histologique avait montré un épithélioma, qui est obligé de s'astreindre aux « petits repas », condition nécessaire et suffisante pour qu'il se sente parfaitement bien. Un dernier enfin (obs. LXXIII) est mort trois ans après l'opération ; nous n'avons pu savoir dans quelles conditions.

Obs. LXIII. M. C..., 52 ans. Ulcère pylorique datant de 15 ans et donnant des crises de plus en plus violentes. Le 18 mai 1921 gastro-pylorectomie large terminée par Billroth II. Revu fin avril 1934; très bon état général; a suivi son régime pendant un an après l'opération; depuis mange de tout sans jamais souffrir; travaille normalement. S'estime « parfaitement guéri ».

Obs. LXIV. M. E..., 53 ans. Ulcus calleux pylorique, adhérent au foie et au pancréas. Pyloro-gastrectomie, le 3 septembre 1931, qui taille au thermocautère dans le foie et dans le pancréas. Guérison simple. Revu en mai 1934 a suivi son régime pendant un an; depuis mange de tout, n'a jamais souffert, travaille normalement, s'estime « radicalement guéri ».

Obs. LXV. Mme R..., 54 ans. Sténose du pylore par vieil ulcère. G.-E. le 29 juin 1925, puis pylorectomie le 9 juillet 1925. Décédée en janvier 1934, d'insuffisance cardiaque, étant toujours restée parfaitement bien au point de vue gastrique depuis l'opération.

Obs. LXVI. M. M..., 34 ans. Ulcus pylorique. Pylorectomie le 17 juin 1930. Mort accidentellement deux ans et demi après l'opération, alors qu'il était parfaitement bien au point de vue local et général.

Obs. LXVII. Mme E..., 58 ans. Ulcère pylorique adhérent au pancréas. Le 11 décembre 1930, gastro-pylorectomie, Polya. Revu fin avril 1934. A suivi son régime pendant un an, évite seulement les crudités; excellent état général, n'a plus souffert depuis l'opération. S'estime parfaitement guéri.

Obs. LXVIII. Mme S..., 49 ans. On trouve à l'intervention deux cicatrices d'ulcères, l'une sur le bord supérieur de l'antre pylorique, l'autre sur la partie terminable de la petite courbure. Gastrectomie de droite à gauche. Revu, juin 1934; a engraissé de 10 kg.; travaille normalement, n'a plus eu de douleurs gastriques, sauf une sensation de gêne post-prandiale pendant les trois ou quatre mois qui ont suivi l'opération; a suivi son régime strictement pendant un an; actuellement évite les sauces, les graisses, les aliments épicés. Se trouve « très heureuse depuis son opération », et s'estime « bien guérie ».

Obs. LXIX. Mme D..., 43 ans. Ulcère induré du bord supérieur du pylore, avec très grosse dilatation de la première portion du duodénum. Le 21 avril 1932, duodéno-gastrectomie, Polya. Revue le 10 avril 1934 en excellent état général et local; a engraissé de 10 kg., a repris son travail antérieur; n'a plus souffert de l'estomac; évite seulement les œufs et le lait qui la fatiguent un peu (elle présente quelques signes d'insuffisance hépatique légère); se déclare « transformée ».

Obs. LXX. M. C..., 57 ans. Ulcus pylorique. Mauvais état pulmonaire qui fait qu'on se contente pour le premier temps (9 mars 1933) d'une gastro-entérostomie. Le 30 mars 1933, gastro-pylorectomie de droite à gauche. Revu fin mai 1934 en excellent état général et local, ne souffre plus du tout, ne suit aucun régime, travaille normalement. S'estime « parfaitement guérie. »

Obs. LXXI. M. L..., 24 ans. Ulcère du pylore, et ulcère de la petite courbure. Pyloro-gastrectomie large terminé par un Polya total. Revu en juin 1934, excellent état général, travaille normalement, ne souffre plus, suit encore le régime qu'on lui a conseillé après l'opération.

Obs. LXXII. M. B..., 49 ans. Ulcère pylorique. Pyloro-gastrectomie, le 8 août 1922. Revu en mai 1934. Souffre encore légèrement de l'estomac, et en a toujours souffert depuis l'opération : brûlures peu importantes survenant vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, se reproduisant régulièrement, sans intervalle libre net; particulièrement après l'ingestion de salade, d'épices...(ne suit pas de régime), cependant n'a jamais pris de médicaments, est en bon état général, travaille assez près normalement. S'estime « amélioré ».

Obs. LXXIII. M. M..., 47 ans. Ulcère ancien du pylore sténosant et calleux. Pyloro-gastrectomie le 18 décembre 1924. Le malade est mort trois ans après l'opération; il n'a pas été possible (en 1934) d'avoir des renseignements sur la cause exacte de sa mort.

Obs. LXXIV. M. G..., 49 ans, ulcère pylorique calleux (épithélioma à l'examen histologique) gastro-pylorectomie, le 5 mai 1925. Revu en mai 1934. Ne suit aucun régime; « mange et boit de tout »; ne souffre pas de l'estomac, mais à condition de faire des repas de petite importance. A engraissé de 27 kg. depuis l'opération.

Ulcères du duodénum. — Nous avons retrouvé trois malades gastrectomisés pour ulcères du duodénum. Deux suivent un régime, par précaution, mais ne souffrent jamais. Un autre (obs. LXXV) qui s'estime cependant lui-même guéri, doit éviter les laitages et les œufs qui lui donnent une sensation de pesanteur gastrique pénible.

Obs. LXXV. Mme P..., 35 ans, ulcère sténosant du duodénum. Pyloro-duodénectomie le 20 mars 1926. Revue fin avril 1934. Bon état général; a suivi strictement son régime pendant un an. Actuellement évite seulement les laitages et les œufs qui lui donnent une sensation de pesanteur au creux de l'estomac. » Doit éviter les travaux pénibles. A eu quelques vomissements au cours des repas (?) S'estime cependant guérie.

Obs. LXXVI. M. B... Ulcère du duodénum. Pyloro-duodénectomie le 28 février 1930. Revu le 12 avril 1934. Bon état général; fait normalement son travail de cultivateur; localement ne ressent plus aucune douleur, suit cependant un régime assez sévère.

Obs. LXXVII. M. G..., 43 ans. Ulcère duodénal, avec antropylorite. Gastrectomie de droite à gauche. Polya le 20 juillet 1933. Revu fin avril 1934, a engraissé de 8 kg., travaille normalement, suit encore strictement le régime qu'on lui a conseillé après l'opération; ne souffre plus. S'estime « guéri ».

CONCLUSIONS

I. Les résultats éloignés des opérations pour ulcères gastro-duodénaux sont toujours délicats à apprécier. Il est à peu près impossible de retrouver tous les malades, ce qui risque déjà de fausser les résultats. D'autre part, les statistiques des divers chirurgiens ne sont guère comparables entre elles.

II. Des deux opérations employées, la gastro-entérostomie est certainement moins grave au point de vue immédiat. La gastrectomie a la rançon d'une mortalité opératoire certainement un peu plus élevée.

III. C'est devant les ulcères anciens, invétérés et compliqués que se manifeste surtout l'opposition entre les deux genres d'opération. En pareille circonstance, la gastro-entérostomie, opératoirement bénigne, laisse en revanche subsister de très gros risques (hémorragies, cancérisation, etc.). La plus grande mortalité de la gastrectomie est compensée par la guérison qu'elle donne en soustrayant les opérés à ces risques ultérieurs.

IV. D'une façon générale, les résultats éloignés de la gastro-entérostomie sont bons dans une proportion qui oscille de 70 à 75 %. Mais si certaines guérisons sont absolument parfaites, il n'est pas rare de constater qu'un certain nombre d'opérés présentent encore quelques petits troubles qui en font des « gastriques » et les obligent à un traitement médical.

V. La gastrectomie, qui est plus grave, donne des résultats éloignés infiniment supérieurs. Presque tous les gastrectomisés sont redevenus des gens absolument normaux, tous se sont montrés très heureux d'avoir été opérés.

Nous n'avons observé aucun cas de l'anémie particulière qui a été signalée après la résection.

Vu ;
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
F. PAPIN

Vu et permis d'imprimer ;
Bordeaux, le 11 juillet 1934
Le Recteur de l'Académie
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Abadie**. — « A propos de 300 opérations pour ulcère de l'estomac », Soc. de Chirurgie du 27 avril 1927 (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chirurgie de Paris*, t. XLIII, n° 14, 7 mai 1927.
2. **Abadie**. — « Résultats éloignés de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie pour les ulcères de l'estomac, *Paris médical*, 6 décembre 1930.
3. **Allessandri**. — « Sur les résultats des résections pour ulcères gastriques et duodénaux », Rapport au VIII[e] Congrès de la Société internationale de Chirurgie, Varsovie, 1929.
4. **Antipas**. — *Id.*
5. **Aubert**. — « Ulcères gastriques traités par la résection », Société de Chirurgie de Marseille, novembre 1931.
6. **Balfour**. — « Traitement chirurgical du type hémorragique de l'ulcère gastrique et duodénal, *Journal Amer.-Med. Assoc.*, 1919, p. 571 et *Collected Papers of the Mayo Clinic*.
7. **Bartina** (J.). — « Résultados de la reseccion del estomago por ulcera gastrica y duodenal », Rapport au VIII[e] Congrès de la Société internationale de Chirurgie, Varsovie, 1929.
8. **Baumgartner**. — « Résultats de la gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac », *Arch. mal. app. dig.*, mai 1932.
9. **Bénard** et **Bouttier**. — « Etude sur le fonctionnement gastrique après opération de Reichel-Polya-Finsterer pour ulcère de l'estomac; *Paris médical*, 31 mars 1928.
10. **Bergeret** et **Caroli**. — « Résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère », *Presse médicale*, 21 octobre 1931.
11. **Birgfeld**. — *Zeut. chir.*, 1926, p. 1084.
12. **Bloch** et **Mayer**. — « Les résultats éloignés du traitement des ulcères gastriques par la gastro-pylorectomie (opération de Kocher) d'après 27 cas revus », *Bull. et Mém. d' la Soc. de Chir. de Paris*, 14 décembre 1928.
13. **Borger**. — *Arch. f. Klin Chir.*, t. CXLI fasc. 3, 7 août 1926, p. 530.

14. **Casanova**. — « Ulceras yeyunales y gastro yeyunales », *Progrenos de la Clinica*, 1927, p. 363.

15. **Delore** et **de Girardier**. — « Du rétrécissement des orifices de gastro-anastomose dans les cas d'ulcères gastro-duodénaux », *Presse médicale*, 1er mars 1930.

16. **Delore**, **Mallet-Guy** et **Vachey**. — « De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure », *Revue chirurgicale*, 1925-215.

17. **Delore** et **Monnier**. — « L'insuffisance de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. Persistance après cette intervention de l'ulcère », *Presse médicale*, 31 janvier 1931, n° 9.

18. **Delore**, **Mallet-Guy** et **Burlet**. — « Résultats éloignés de la gastrectomie pour cancer, *Lyon chir.*, novembre et décembre 1926.

19. **Delore**. — « Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum », Rapport au Congrès français de Chir., Paris, 1928.

20. **Deiver** et **Heimann**. — « Traitement chirurgical et anatomie pathologique des ulcères gastriques et duodénaux », *Surgery Gynecology and Obstetrics*, XXXII, n° 2.

21. **Delagenière** (du Mans). — « Résultats de la résection gastrique pour ulcères d'après une série intégrale de 146 cas. Rapport au VIIIe Congrès de la soc. internationale de Chirurgie de Varsovie, 1929.

22. **Desmarest** et **Debray**. — « A propos de 25 gastro-pylorectomies pour ulcère de l'estomac », *Journal de Chirurgie*, t. XXXII, n° I, juill. 1928.

23. **Desplas**. — « Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux », *Arch. mal. app. dig.*, janvier 1932.

24. **Durand** (Gaston). — « Résultats éloignés du traitement médico-chirurgical des ulcères gastro-duodénaux », *Arch. mal. app. dig.*, mars 1932.

25. **Duval** et **Moutier**. — « La fréquence de l'ulcéro-cancer de l'estomac » *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1928, p. 425.

26. **Dziembowki** (M. de). — « Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, surtout de la gastrectomie », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. Inter. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

27. **Finsterer**. — « La question de l'ulcéro-cancer de l'estomac », *Medizinische Klinik*, t. XIX, n° 43.

28. **Friedmann**. — « Siège et multiplicité des ulcères », *Arch. f. Klin. Chir.*, CXXIV, 12 avril 1923.

29. **Friedmann**. — *Zentral f. Chir.* nov. 1922, n° 44 : « Vorlaüsige Erfahrungen der grossen. Magenresektion insonderheit nach der Methode Billroth I (115 Fälle), beim Magemgeschwür.

30. **Gallart-Monès**.— « Traitement médical et chirurgical de l'ulcère » *Arch. Mal. App. dig.*, janvier 1932.

31. **Galpern**. — « Die Magenresektion und das Ulcus pepticum jejuni », *Zent. chir.*, 1926, p. 535.

32. **Gatellier**. — « Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal », *Arch. mal. app. dig.*, avril 1932.

33. **Giordano** (de Venise). — Rapport au VIII[e] Congrès de la Soc. internationale de chirurgie, Varsovie, 1929.

34. **Gosset** et **Petit-Dutaillis**. — « L'ulcère de l'estomac », *Précis de Pathologie chirurgicale*, tome IV, chez Masson, Paris, 1928.

35. **Gutmann**. — « Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux », *Presse Médicale*, 21 octobre 1931, n°. 84.

36. **Hartmann**. — « L'ulcéro-cancer est-il fréquent? *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir. de Paris*, 1928.

37. **Hartmann**. — « Résultats éloignés du traitement des ulcères de la petite courbure », *Gazette des hôpitaux*, 27 août 1930.

38. **Hartmann** et **Chabrux-Astaix** (Alice). — *Travaux de chirurgie*, 6[e] série, chez Masson et Cie, 1926, p. 193.

39. **Hartmann**. — « Résultats éloignés de la gastro-entérostomie », *Travaux de chirurgie*, 6[e] série, 1926, p. 207.

40. **Hartmann** et **Soupault**. — « L'ulcère de la petite courbure de l'estomac », *Travaux de chirurgie*, 7[e] série, 1928, p. 121.

41. **Hartmann**. — « Chirurgie de l'estomac et du duodénum ».

42. **Hortolomei**. — « Gastro-entérostomie ou gastro-pylorectomie large comme traitement des ulcères gastro-duodénaux », *Presse médicale*, 6 août 1930.

43. **Jacobovici**. — « Résultats de 250 résections d'estomac pour ulcère gastrique et duodénal », Rapport au VIII[e] Congrès de la Soc. intern. de Chir., Varsovie, 1929.

44. **Judel** et **Proctor**. — *Med. Journ. and Rec.*, 1925, p. 93.

45. **Kocher**. — *Archiv. f. Klin. Chir.*, t. CL, 1921, p. 86.

46. **Labbé**. — *Précis de pathologie interne*, « Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition ».

47. **Lambret** et **Razemon**. — « Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux, Résultats éloignés », *Arch. mal. app. dig.*, juin, 1932.

48. **Lardennois** (Georges). — « Résultats de la résection de l'estomac pour l'ulcère gastrique et duodénal », Rapport au VIII[e] Congrès intern. de Chirurgie de Varsovie, 1929.

49. **Lardennois** (Guy). — *Contribution à l'étude des résultats éloignés de la Gastrectomie dans l'ulcère gastrique* (Thèse de Paris, 1932, Vigot, éditeur).

50. **Larrieux**. — « La perforation de l'ulcère gastrique après la gastro-entérostomie, » *Revue de Chirurgie*, L. LIX, nº 4, 1921.

51. **Lecène**. — « De la fréquence des lésions cancéreuses dans les cas d'ulcérations calleuses de la paroi gastrique », *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 21 mars 1928.

52. **Lewisohn**. — « La gastrectomie partielle comparée à la gastro-entérostomie dans le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux » *Journal of the American Medical Association*, vol. LXXXIV, nº 20, 12 nov. 1927, p. 1649.

53. **Metraux**. — *Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie postérieure simple dans les ulcères de l'estomac et du duodénum*, chez Payot, Lausanne, 1920.

54. **Milianitch**. — *De la pyloro-sphinctérectomie dans les syndrômes ulcéreux de l'estomac et du duodénum*, thèse Paris, 1920.

55. **Moutier**. — « Les énigmes de l'ulcère gastro-duodénal », *Revue médicale francaise*, mars, 1932.

56. **Moutier**. — « L'évolution de l'ulcère gastro-duodénal, d'après 628 cas personnels », *Arch. mal. app. dig.*, février, 1932.

57. **Moynihan**. — « Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. » Rapport au LXXVIIIe Congrès de la British Association. *British med. Journal*, 24 juillet 1920, et *ibid.* 10 février 1923.

58. **Ohly**. — *Arch. f. Klin. Chir.* t. CXXVIII, fasc. 3, 1923, p. 505.

59. **Okinczic**. — « Les résections gastro-duodénales et particulièrement les résections en 2 temps dans les ulcères gastro-duodénaux », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. internationale de Chirur., Varsovie, 1929.

60. **Okinezyc**. — « Résultats du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et des ulcères du duodénum », *Arch. mal. app. dig.*, mai 1932.

61. **Pampel** et **Schwartz**. — « Résultats du traitement opératoire du l'ulcère de l'estomac », *Bruns. Breitrâge zur Klin. Chir.*, t. CXL, nº 2, 1927, p. 259.

62. **Pauchet**. — « La gastro-entérostomie simple est souvent insuffisante pour guérir l'ulcère duodénal », *Paris chirurgical*, déc. 1925.

63. **Pauchet**. — « Ulcus géants de l'estomac, traitement, » Acad. de médecine, 20 janvier 1931.

64. **Pauchet**. — « Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcus d'après 29 ans de pratique personnelle », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. intern. de Chirurgie de Varsovie, 1929.

65. **Pauchet** et **Hirschberg**. — « A propos de l'examen anatomo-pathologique d'une série de 130 gastrectomies pour lésions ulcéreuses », *Bull. Acad. méd. de Paris*, 3e série, t. XCI, nº 1.

66. **Podlaha**. — Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. inter. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

67. **Papin** (Félix). — « Réflexions sur 145 opérations pour ulcère ou cancer de l'estomac », *Le Scalpel*, nº 17, 26 avril 1930.

68. **Puig y Sureda**. — *Arch. mal. app. dig.*, janvier 1932.

69. **Puig y Sureda**. — « Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. intern. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

70. **Quervain** (de). — « Les résultats du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal », *Schw. med. Wochens*, 23 juin 1921.

71. **Ramswell**. — « Gastrectomy in treatment of the peptic ulcer », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. intern. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

72. **Ribas-Ribas**. — « Résultades de las résecciones gastricas », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. intern. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

73. **Riedel**. — (*in* V. Carnot : « Pourquoi doit-on réséquer les ulcères gastriques »), *Paris médical*, 1918, p. 451.

74. **Rossi** et **Scalone**. — « Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. intern. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

75. **Roux**. — « Résultats éloignés du traitement médico-chirurgical des ulcérations de l'estomac et du duodénum. Conclusions générales », *Arch. mal. app. dig.*, juin 1932.

76. **Savignac**. — « Traitement médico-chirurgical des ulcères », *Arch. mal. app. dig.*, janvier 1932.

77. **Schoemaker**. — « The results of the partial gastrectomy in case of ulcers of the stomach and the duodenum », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. intern. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

78. **Schwartz**. — « Ulcères peptiques post-opératoires », *Bruns. Beiträge zur Klin. Chirurgie*, 1929, nº 1.

79. **Tanasescu**. — « Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastriques et duodénaux », Rapport au VIIIe Congrès de la Soc. intern. de Chirurgie de Varsovie, 1929.

80. **Temoin** . — « Chirurgie gastrique », *Bull. Acad. méd.*, Paris, 3e série, t. LXXVIII, 16 janvier 1917.

81. **Tierry**. — « La survie des opérés pour ulcères gastriques d'après Donald Balfour », *Gazette des Hôpitaux*, nº 79, 1er octobre 1927.

82. **Urrutia**. — « L'ulcère jéjunal post-opératoire en Espagne » ; *Arch. mal. app. dig.*, avril 1927.

83. **Verebely** (de). — « Résultats des opérations sur l'estomac », *Orsovi Hetilap*, t. LXXIX, n° 38, 30 sept. 1925.

84. **Young**. — « A comparative estimate of the value of gastro-enterostomy and of gastrectomy in the treatment of gastric and duodenal ulcers? » Rapport au VIII[e] Congrès de la Soc. int. de Chirurgie, Varsovie, 1929.

85. **Zaorski**. — « Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastrique et duodénal. » Rapport au VIII[e] Congrès de la Soc. internationale de Chirurgie, Varsovie, 1929.

Bordeaux. — Imprimerie J. Bière, 18-20-22, rue du Peugue. 1934.